



2019

**Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del
Comportamiento Cuestionario**

UTAH: February 21, 2019

CDC: January 6, 2019



Formulario aprobado

N.º OMB 0920-1061

Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es un promedio de 27 minutos por respuesta, e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, buscar las fuentes de información existentes, recolectar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

NOTA: El ENTREVISTADOR no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcionele la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el ENTREVISTADOR no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a ivk7@cdc.gov.

Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo del Comportamiento Cuestionario del 2019

Índice

Índice.....	3
Encabezado OMB	5
Guion para el Entrevistador Línea Telefónica Fija.....	5
Guion del Entrevistador para Teléfono Celular	9
Secciones Básicas	13
Sección 1: Estado de Salud.....	13
Sección 2: Días Saludables	13
Sección 3: Acceso a Atención Médica.....	14
Sección 4: Conocimiento Acerca de la Hipertensión.....	15
Module 16: Inicio/Presión Arterial Auto-Medida.....	16
Sección 5: Conocimiento Acerca del Colesterol.....	17
Sección 6: Afecciones Crónicas	18
Módulo 2: Diabetes.....	21
Sección 7: Artritis.....	23
Sección 8: Información Demográfica.....	26
Módulo 28: Sexo al Nacer	29
Módulo 29: Orientación Sexual e Identidad de Género	29
Sección 8: Información Demográfica CONTINUED.....	31
Sección 9: Consumo de Tabaco.....	37
Cigarrillos-Electrónicos	38
Sección 10: Consumo de Alcohol	40
Sección 11: Ejercicio (Actividad Física)	41
Sección 12: Frutas y Verduras	42
Sección 13: Vacunación.....	46
Sección 14: V.I.H./Sida	47
Módulos Opcionales	49
Módulo 8: Examen De Cáncer De Pulmón	49
Módulo 12: Pruebas de Detección del Cáncer Colorrectal	50
Pruebas de Detección del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino	52
Módulo 20: Deterioro Cognitivo	53
Módulo 21: Cuidado de Personas	55
Módulo 23: Planificación Familiar	58
Acceso a la Planificación Familiar	60
Consumo Excesivo de Alcohol	62
Módulo 24: Entrevista Del Breve Examen De Alcohol	64
Módulo 25: Marijuana.....	66
Módulo 30: Selección Aleatoria de Niños.....	67
Módulo 31: Prevalencia del Asma Infantil.....	72
Preguntas Adicionales del Estado	73
Tratamiento de la Hepatitis C	73

Suicidio	74
Escala de Aislamiento Social Percibida	75
La Violencia de Pareja.....	76
Seguro y Acceso	79
Inseguridad Alimentaria / Estampillas de Comida	84
Uso de la Acera	85
Dolor Crónico	86
Prevención de la Sobredosis Opiácea	86
Preguntas sobre el Uso del Tabaco en Utah	88
Salud en General	90
Guion para Pedir Permiso para Volver a Llamar y Preguntar Sobre el Asma	90
Selección para Llamada de Seguimiento Sobre el Asma	91
Pregunta de Seguimiento del Estado.....	91
Declaración Final.....	92
Lista de Actividades Físicas de Recreación Comunes.....	93

Encabezado OMB

Formulario aprobado
N.º OMB 0920-1061
Fecha de vencimiento: 31/03/2018

Se calcula que la carga pública reportada para recopilar esta información es de un promedio de 27 minutos por respuesta e incluye el tiempo invertido en revisar las instrucciones, consultar las fuentes de información existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, así como concluir y revisar el proceso de recolección de la información. Una agencia no puede hacer ni patrocinar una recolección de información y las personas no están obligadas a responder, a menos que se presente un número de control de OMB válido y vigente. Envíe sus comentarios acerca de este cálculo del tiempo o sobre cualquier otro aspecto de esta recolección de información y sus sugerencias para reducir este tiempo a la dirección CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1061)

NOTA: El ENTREVISTADOR no tiene que leer ninguna parte del cálculo del tiempo ni proporcionar el número de OMB a menos que el encuestado pida esa información específica. Si un encuestado pregunta por la duración de la entrevista, proporcione la información más precisa con base en la versión del cuestionario que se le administrará a esa persona. Si el ENTREVISTADOR no está seguro, proporcione el tiempo promedio señalado en la declaración de la carga pública. Si los recopiladores de datos tienen preguntas relacionadas con el proceso de la OMB para el BRFSS, por favor comuníquese con Carol Pierannunzi a ivk7@cdc.gov.

Guion para el Entrevistador Línea Telefónica Fija

HOLA, llamo de parte del Departamento de Salud de Utah. Mi nombre es (nombre) . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de Utah. Este proyecto lo lleva a cabo el Departamento de Salud de Utah con ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus hábitos de salud.

LL01 ¿Estoy hablando al (número de teléfono) ?

(63)

- 1 SÍ, NÚMERO CORRECTO (PASAR A LA SIGUIENTE PREGUNTA)
- 2 NO, EL NÚMERO NO ES EL MISMO

[CATI /NOTE: IF LL01 = 2 (NO), SAY 'MUCHAS GRACIAS, PERO CREO QUE LLAMÓ A UN NÚMERO EQUIVOCADO. ES POSIBLE QUE SU NÚMERO SEA SELECCIONADO EN OTRA OPORTUNIDAD. GRACIAS POR SU ATENCIÓN. ADIÓS.']

PVTRES

LL02 ¿Estoy hablando a una residencia particular?

(64)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: Por residencia particular queremos decir una vivienda como una casa o apartamento.

- | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|
| 1 | SÍ | [PASE AL LL04] |
| 2 | NO | [PASE AL LL03] |
| 3 | NO, ES SOLO UN TELÉFONO COMERCIAL | [TERMINAR] |

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL02 = 3 (NO, THIS IS A BUSINESS PHONE), SAY 'MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS CON LÍNEAS TELEFÓNICAS EN SUS RESIDENCIAS PARTICULARES.']

[CATI/INTERVIEWER NOTE: LOS NÚMEROS COMERCIALES QUE TAMBIÉN SE UTILIZAN PARA LA COMUNICACIÓN PERSONAL SON ELEGIBLES.]

Residencia Universitaria

LL03 ¿Vive en una residencia universitaria??

(65)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad.

- | | | |
|---|----|----------------|
| 1 | SÍ | [PASE AL LL04] |
| 2 | NO | [TERMINAR] |

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL03 = 2 (NO), SAY 'MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN UNA RESIDENCIA PARTICULAR O UNIVERSITARIA.']

Estado Donde Reside

LL04 ¿Usted vive en estos momentos en Utah?

(66)

NOTA: Estado de residencia es el estado en el que ha residido por lo menos 30 días consecutivos durante el cual se esta llevando a cabo la encuesta para la que se esta llamando.

- | | | |
|---|----|----------------|
| 1 | SÍ | [PASE AL LL05] |
| 2 | NO | [TERMINAR] |

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL04 = 2 (NO), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS QUE VIVEN EN EL ESTADO DE UTAH.’]

Teléfono Celular

LL05 ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

(67)

NOTA: El servicio telefónico por internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack, y otros servicios telefónicos de uso residencial).

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: ‘Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario.’

1 SÍ, ES UN TELÉFONO CELULAR **[TERMINAR]**

[INTERVIEWER NOTE: YOU INDICATED THIS NUMBER REACHES A CELL PHONE. IF THIS NUMBER IS A LANDLINE, PRESS ‘4’ TO RETURN TO THE PREVIOUS QUESTION.]

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL05 = 1 (YES), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS LLAMANDO A TELÉFONOS FIJOS Y A RESIDENCIAS PARTICULARES O UNIVERSITARIAS PARA REALIZAR ESTA ENCUESTA.’]

2 NO, NO ES UN TELÉFONO CELULAR **[GO TO LL06]**

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL03 = 1 (YES), CONTINUE; OTHERWISE, GO TO ADULT RANDOM SELECTION.]

LL Adulto

LL06 ¿Tiene usted 18 años o más?

(68)

1 SÍ **[GO TO LL07]**

2 NO **[TERMIINAR]**

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL06 = 2 (NO), SAY ‘MUCHAS GRACIAS, PERO POR EL MOMENTO SOLO ESTAMOS ENTREVISTANDO A PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS.’]

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL03 = 1 (YES), CONTINUE; OTHERWISE, GO TO ADULT RANDOM SELECTION.]

Sexo de Adulto

LL07 ¿Su sexo al nacer fue hombre o mujer?

(69)

- 1 HOMBRE
- 2 MUJER

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [TERMINAR]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [TERMINAR]

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL07 = 7 (DON'T KNOW / NOT SURE) OR 9 (REFUSED), SAY 'THANK YOU FOR YOUR TIME, YOUR NUMBER MAY BE SELECTED FOR ANOTHER SURVEY IN THE FUTURE.']

Selección Aleatoria de Adulto

LL08 Para esta encuesta, necesito seleccionar al azar a un adulto que viva en su casa. Excluidos los adultos que viven fuera de la casa, como los estudiantes que viven en la universidad, ¿cuántas personas de su hogar, incluido usted, tienen 18 años o más?

__ CANTIDAD DE ADULTOS (70-71)

Si la respuesta es '1': ¿Es usted el adulto?

Si la respuesta es 'Sí': En ese caso, usted es la persona con la que necesito hablar. **[GO TO LL09]**

Si la respuesta es 'No': ¿Podría hablar con el adulto en la casa?

Si 2-6 o más, **GO TO LL10.**

LL09 Es usted hombre o mujer? (72)

- 1 HOMBRE [GO TO 'CORRECT RESPONDENT']
- 2 MUJER [GO TO 'CORRECT RESPONDENT']

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [TERMINAR]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [TERMINAR]

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL09 = 7 (DON'T KNOW / NOT SURE) OR 9 (REFUSED), SAY 'THANK YOU FOR YOUR TIME, YOUR NUMBER MAY BE SELECTED FOR ANOTHER SURVEY IN THE FUTURE.']

LL10 ¿Cuántos de estos adultos son hombres? (73-74)

__ NUMERO DE HOMBRES

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

LL11 Así que el número de mujeres en el hogar es ____? (75-76)
 __ _ NUMERO DE MUJERES

Es eso correcto?

DO NOT READ: Confirm number of adult women or clarify that total number of adults in the household.

LL12 La persona que vive en su casa con quien necesito hablar es [[mayor/menor/medio/hombre/mujer]. Es usted [mayor/menor/medio/hombre/mujer] de su casa?

NOTE: If person indicates that they are not the selected respondent, ask for correct respondent and re-ask LL12.

- | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| 1 | HOMBRE | [GO TO 'CORRECT RESPONDENT'] |
| 2 | HEMBRA | [GO TO 'CORRECT RESPONDENT'] |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [TERMINAR] |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR | [TERMINAR] |

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF LL12 = 7 (DON'T KNOW / NOT SURE) OR 9 (REFUSED), SAY 'THANK YOU FOR YOUR TIME, YOUR NUMBER MAY BE SELECTED FOR ANOTHER SURVEY IN THE FUTURE.']

Guion del Entrevistador para Teléfono Celular

HOLA, llamo de parte del Departamento de Salud de Utah. Mi nombre es (nombre) . Estamos recopilando información acerca de la salud de los residentes de Utah. Este proyecto lo lleva a cabo el Departamento de Salud de Utah con ayuda de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Su número de teléfono fue seleccionado al azar para esta encuesta, por lo que deseo hacerle algunas preguntas sobre su salud y sus prácticas de salud.

CP01 ¿Es un buen momento para hablar con usted o esta manejando? (78)

- | | | |
|---|----|--------------|
| 1 | SÍ | [GO TO CP02] |
| 2 | NO | [TERMINAR] |

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' THANK YOU VERY MUCH. WE WILL CALL YOU BACK AT A MORE CONVENIENT TIME. (SET APPOINTMENT IF POSSIBLE.) STOP]

Teléfono

CP02 ¿Hablo con el **(número de teléfono)**?

(79)

- | | | |
|---|----|--------------|
| 1 | SÍ | [GO TO CP03] |
| 2 | NO | [TERMINAR] |

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF 'NO,' THANK YOU VERY MUCH, BUT I SEEM TO HAVE DIALED THE WRONG NUMBER. IT'S POSSIBLE THAT YOUR NUMBER MAY BE CALLED AT A LATER TIME.]

Teléfono celular

CP03 ¿Estoy llamando a un teléfono celular?

(80)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: 'Por teléfono celular queremos decir un teléfono móvil y que pueda usarse fuera de su vecindario.'

- | | | |
|---|-------------------------------|--------------|
| 1 | SÍ, ES UN TELÉFONO CELULAR | [GO TO CP04] |
| 2 | NO, NO ES UN TELÉFONO CELULAR | [TERMINAR] |

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP03 = 2 (NO), SAY 'THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS WITH CELL TELEPHONES AT THIS TIME.']

Adulto

CP04 ¿Tiene usted 18 años o más?

(81)

- | | | |
|---|----|--------------|
| 1 | SÍ | [GO TO CP05] |
| 2 | NO | [TERMINAR] |

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP04 = 2 (NO), SAY 'THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS AGED 18 OR OLDER AT THIS TIME.']

Sexo de Adulto

CP05 ¿Su sexo al nacer fue hombre o mujer?

(82)

- | | | |
|---|--------------------------|------------|
| 1 | HOMBRE | |
| 2 | MUJER | |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [TERMINAR] |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR | [TERMINAR] |

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP05 = 7 (DON'T KNOW / NOT SURE) OR 9 (REFUSED), SAY 'THANK YOU FOR YOUR TIME, YOUR NUMBER MAY BE SELECTED FOR ANOTHER SURVEY IN THE FUTURE.']

Domicilio Particular

CP06 ¿Usted vive en un domicilio particular? (83)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: 'Por domicilio particular queremos decir una vivienda tipo casa o apartamento.'

- 1 SÍ **[GO TO CP08]**
- 2 NO **[GO TO CP07]**

Residencia Universitaria

CP07 ¿Vive en una residencia universitaria? (84)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: 'Por residencia universitaria queremos decir dormitorio, vivienda para estudiantes graduados o profesores visitantes, u otro tipo de alojamiento provisto por una universidad.'

- 1 SÍ **[GO TO CP08]**
- 2 NO **[TERMINAR]**

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP07 = 2 (NO), SAY 'THANK YOU VERY MUCH, BUT WE ARE ONLY INTERVIEWING PERSONS WHO LIVE IN A PRIVATE RESIDENCE OR COLLEGE HOUSING AT THIS TIME.']

Estado Donde Reside

CP08 ¿Usted vive en estos momentos en ____ (estado) ____? (85)

NOTA: Estado de residencia es el estado en el que ha residido por lo menos 30 días consecutivos durante el cual se esta llevando a cabo la encuesta para la que se esta llamando.

- 1 SÍ **[GO TO CP10]**
- 2 NO **[GO TO CP09]**

Estado

CP09 ¿En qué estado vive usted en estos momentos? (86-87)

_____ INGRESE EL CÓDIGO FIPS DEL ESTADO

Línea Telefónica Fija

CP10 ¿Tiene usted también un teléfono fijo en su casa que se utilice para hacer y recibir llamadas?
(88)

NOTA: El servicio telefónico por internet se considera una línea telefónica fija (e incluye Vonage, Magic Jack y otros servicios telefónicos de uso residencial).

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: 'Por teléfono fijo queremos decir un teléfono 'regular' de los que se usan en las casas para hacer o recibir llamadas. Por favor incluya los teléfonos fijos tanto de uso comercial como privado.'

- 1 Sí
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF CP07 = 1 (YES), DO NOT ASK NUMBER OF ADULTS QUESTIONS, GO TO CORE. IF CP07 = 1 (YES), THEN NUMBER OF ADULTS IS AUTOMATICALLY SET TO 1.]

NUMADULT

CP11 ¿Cuántas personas de las que viven en su casa, incluido usted, tienen 18 años o más?
(89-90)

- CANTIDAD DE ADULTOS

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

TRANSITION TO 'CORRECT RESPONDENT.'

Secciones Básicas

[CATI/INTERVIEWER NOTE: ITEMS IN PARENTHESES ANYWHERE THROUGHOUT THE QUESTIONNAIRE DO NOT NEED TO BE READ.]

Para Corregir al Encuestado:

No le preguntaré su apellido ni su dirección ni ningún otro dato personal que pudiera identificarlo. Si hay alguna pregunta que no desea contestar, no tiene que hacerlo. También puede dar por terminada esta encuesta en cualquier momento. Toda la información que usted me dé será confidencial. Si tiene alguna pregunta sobre esta encuesta, por favor llame al **1-888-222-2542**.

Sección 1: Estado de Salud

C01.1 ¿Diría usted que su estado de salud general es excelente, muy bueno, bueno, regular, o malo?

(101)

- 1 EXCELENTE
- 2 MUY BUENO
- 3 BUENO
- 4 REGULAR
- 5 MALO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 2: Días Saludables

C02.01 Respecto a su salud física —que incluye enfermedades físicas y lesiones— en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud física no fue buena?

(102-103)

-- CANTIDAD DE DÍAS [**RANGO: 01-30**]

- 88 NINGUNO
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

C02.02 Ahora, piense en su salud mental, que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, en los últimos 30 días, ¿por cuántos días su salud mental no fue bueno?

(104-105)

-- CANTIDAD DE DÍAS [**RANGO: 01-30**]

- 88 NINGUNO
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF C02.01 AND C02.02 = 88 (NONE), GO TO NEXT SECTION.]

C02.03 En los últimos 30 días, ¿por cuántos días la mala salud física o mental le impidieron realizar sus actividades habituales, como cuidados personales, trabajo o actividades recreativas?

(106-107)

-- CANTIDAD DE DÍAS **[RANGO: 01-30]**

- 88 NINGUNO
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 3: Acceso a Atención Médica

C03.01 ¿Tiene algún tipo de cobertura de atención médica, por ejemplo, un seguro médico, un plan prepagado como los que brindan las HMO (organizaciones de atención médica administrada), un plan gubernamental como Medicare o del Servicio de Salud Indígena?

(108)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C03.02 ¿Hay alguna persona a la que usted considere su doctor de cabecera o proveedor de atención médica personal?

(109)

NOTA: Si la respuesta es 'No,' pregunte: ¿Hay más de una o no hay ninguna persona a la que considere su doctor de cabecera o proveedor de atención médica personal?

- 1 SÍ, SOLO UNA
- 2 MÁS DE UNA
- 3 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C03.03 En los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en que necesitó consultar a un doctor pero no pudo hacerlo por razones económicas? (110)

- 1 Sí
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C03.04 ¿Cuándo fue la última vez que fue al doctor para hacerse un chequeo de rutina?

NOTA: Un chequeo de rutina es un examen físico general, no un examen para una lesión, enfermedad o condición específica. (111)

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 5 años (hace más de 2 años pero menos de 5)
- 4 Hace 5 años o más

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 8 NUNCA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 4: Conocimiento Acerca de la Hipertensión

C04.01 ¿Alguna vez un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud le dijo que tenía presión arterial alta? (112)

NOTA: Si la respuesta es 'Sí' y la persona encuestada es MUJER, pregúntele: ¿Esto fue únicamente durante su embarazo?

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: Por 'otro profesional de la salud,' nos referimos a una enfermera practicante, un asistente médico o algún otro profesional de la salud con licencia.

- 1 Sí
- 2 Sí, pero se le comunicó esto a la mujer solo durante su embarazo
[GO TO NEXT SECTION]
- 3 No [GO TO NEXT SECTION]
- 4 Se le dijo que tenía hipertensión arterial limítrofe o que era prehipertensa [GO TO NEXT SECTION]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO NEXT SECTION]

9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

C04.02 ¿Toma actualmente algún medicamento recetado para controlar la presión arterial alta? (113)

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Module 16: Inicio/Presión Arterial Auto-Medida

[CATI NOTE: ASK MODULE 16, HOME/SELF-MEASURED BLOOD PRESSURE, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

M16.01 ¿Le ha recomendado su doctor, enfermera u otro profesional de la salud que controle la presión arterial fuera de la oficina o en casa? (360)

NOTA: Por 'otro profesional de la salud,' nos referimos a una enfermera practicante, un asistente médico o algún otro profesional de la salud con licencia.

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M16.02 ¿Controla regularmente su presión arterial fuera del consultorio profesional de la salud o en casa? (361)

- 1 SÍ
- 2 NO [GO TO NEXT SECTION]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA [GO TO NEXT SECTION]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

M16.03 ¿Toma la presión principalmente en su casa o en una máquina en una farmacia, supermercado o en un lugar similar? (362)

- 1 EN CASA
- 2 EN UNA MÁQUINA EN UNA FARMACIA, COMESTIMIENTO, O UBICACIÓN SIMILAR

- 3 NO LO REVISE
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M16.04 ¿Cómo comparte los números de presión arterial que ha recopilado con su profesional de la salud? ¿Es principalmente por teléfono; otros métodos como correos electrónicos, portal de Internet o fax; o en persona? (363)

- 1 TELÉFONO
- 2 OTROS MÉTODOS, COMO EL CORREO ELECTRÓNICO, EL PORTAL DE INTERNET O EL FAX
- 3 EN PERSONA
- 4 NO COMPARTIR INFORMACIÓN
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 5: Conocimiento Acerca del Colesterol

C05.01 El colesterol sanguíneo es una sustancia grasa que se encuentra en la sangre. ¿Cuánto hace aproximadamente que le hicieron su último análisis de colesterol en la sangre? (114)

LEA SOLO SI ES NECESARIO:

- 1 Nunca **[GO TO NEXT SECTION]**
- 2 En el último año (hace menos de un año)
- 3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
- 4 En los últimos 3 años (hace más de 2 años, pero menos de 3)
- 5 En los últimos 3 años (hace más de 3 años, pero menos de 4)
- 6 En los últimos 5 años (hace más de 4 años, pero menos de 5)
- 8 Hace 5 años o más
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

C05.02 ¿Alguna vez le ha dicho un doctor, una enfermera u otro profesional de la salud que su nivel de colesterol en la sangre es alto? (115)

NOTA: Por 'otro profesional de la salud,' nos referimos a una enfermera practicante, un asistente médico o algún otro profesional de la salud con licencia.

- 1 Sí

- 2 NO [GO TO NEXT SECTION]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO NEXT SECTION]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

C05.03 ¿Está tomando en la actualidad medicamentos recetados por su doctor u otro profesional de la salud para controlar el colesterol en la sangre? (116)

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 6: Afecciones Crónicas

Ahora me gustaría hacerle algunas preguntas sobre las condiciones generales de salud.
 ¿Alguna vez un doctor, un enfermero u otro profesional de la salud le dijo que tenía alguna de las siguientes afecciones? Para cada una, responda ‘Sí,’ ‘No,’ o ‘No estoy seguro.’

C06.01 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un ataque cardiaco, también llamado infarto de miocardio? (117)

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C06.02 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía angina de pecho o una cardiopatía coronaria? (118)

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C06.03 ¿(Alguna vez) le dijeron que tuvo un accidente cerebrovascular? (119)

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C06.04 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía asma? (120)

2 NO [GO TO C06.06]

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C06.06]

9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C06.06]

C06.05 ¿Usted todavía tiene asma? (121)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

C06.06 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía cáncer de piel? (122)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

C06.07 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía otro tipo de cáncer? (123)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

C06.08 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema o bronquitis crónica? (124)

1 SÍ

2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

9 SE NIEGA A CONTESTAR

C06.09 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía un trastorno depresivo (como depresión, depresión grave, distimia) o depresión leve? (125)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C06.10 Sin tener en cuenta los cálculos renales, infección en la vejiga, o incontinencia, ¿alguna vez le dijeron que tenía una enfermedad renal? (126)

NOTA: Incontinencia es no poder controlar el flujo de la orina.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C06.11 ¿(Alguna vez) le dijeron que tenía diabetes? (127)

NOTA: Si la respuesta es 'sí' y la persona encuestada es MUJER, pregúntele: ¿Esto fue únicamente durante el embarazo?

NOTA: Si la persona encuestada contesta que le diagnosticaron prediabetes o intolerancia a la glucosa, utilice el código de respuesta '4.'

- 1 SÍ
- 2 SÍ, PERO LA MUJER DIJO QUE OCURRIÓ ÚNICAMENTE DURANTE EL EMBARAZO [GO TO NEXT SECTION]
- 3 NO [GO TO NEXT SECTION]
- 4 NO, PREDIABETES O INTOLERANCIA A LA GLUCOSA [GO TO NEXT SECTION]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF C06.11 = 1 (YES), GO TO NEXT QUESTION. IF ANY OTHER RESPONSE, TO C06.11, GO TO DIABETES OPTIONAL MODULE, IF USED. OTHERWISE, GO TO NEXT SECTION.]

C06.12 ¿A que edad le dijeron que tenía diabetes? (128-129)

__ __ CODIFIQUE LA EDAD EN AÑOS [CATI/INTERVIEWER NOTE: 97 = 97 AND OLDER.]

- 98 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: GO TO DIABETES OPTIONAL MODULE, IF USED. OTHERWISE, GO TO NEXT SECTION.]

Módulo 2: Diabetes

[CATI NOTE: ASK MODULE 2, DIABETES, ON QUESTIONNAIRE PATH 12/22.]

[CATI NOTE: ONLY ASKED OF THOSE NOT RESPONDING 'YES' (CODE = 1) TO C06.11 (DIABETES AWARENESS QUESTION).]

M02.01 ¿Está usando insulina?

(280)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M02.02 Aproximadamente, ¿con qué frecuencia controla su nivel de glucosa o azúcar en la sangre? Incluya las veces que se los revisó un familiar o un amigo, pero NO cuando los controló un profesional de la salud.

(281-283)

NOTA: Ingrese la cantidad por día, por semana, por mes o por año.

NOTA: Si la persona encuestada utiliza un sistema de control continuo de la glucosa (un sensor insertado bajo la piel para controlar los niveles de glucosa de manera continua), ingrese '98' veces al día = 198.

- 1 __ VECES AL DÍA
- 2 __ VECES A LA SEMANA
- 3 __ VECES AL MES
- 4 __ VECES AL AÑO

- 888 NUNCA
- 777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

M02.03 Incluyendo los momentos en que un miembro de la familia o amigo lo verificó, ¿con qué frecuencia se revisa sus pies en busca de llagas o irritaciones?

(284-286)

NOTA: Ingrese la cantidad por día, por semana, por mes o por año.

- 1 __ _ VECES AL DÍA
- 2 __ _ VECES A LA SEMANA
- 3 __ _ VECES AL MES
- 4 __ _ VECES AL AÑO
- 555 NO TIENE PIES

- 888 NUNCA
- 777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

M02.04 Aproximadamente, ¿cuántas veces consultó a un médico, un enfermero u otro profesional de la salud a causa de su diabetes en los últimos 12 meses? (287-288)

NOTA: Si es más de 76 veces, ingresa '76.'

__ _ CANTIDAD DE VECES **[CATI/INTERVIEWER NOTE: 76 = 76 OR MORE.]**

- 88 NINGUNA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

M02.05 La prueba 'A1C' mide el nivel promedio de azúcar en la sangre durante los últimos tres meses. ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un médico, una enfermera u otro profesional de la salud le ha hecho una prueba 'A1C'? (289-290)

NOTA: Si es más de 76 veces, ingresa '76.'

__ _ CANTIDAD DE VECES **[CATI/INTERVIEWER NOTE: 76 = 76 OR MORE.]**

- 88 NINGUNA
- 98 NUNCA HA OÍDO HABLAR DE LA PRUEBA 'A1C'
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF M02.03 = 555 (NO FEET), GO TO M02.07.]

M02.06 ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses un profesional de la salud le ha revisado los pies para ver si tiene llagas o alguna parte irritada? (291-292)

NOTA: Si es más de 76 veces, ingresa '76.'

__ _ CANTIDAD DE VECES **[CATI/INTERVIEWER NOTE: 76 = 76 OR MORE.]**

- 88 NINGUNA

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 SE NIEGA A CONTESTAR

M02.07 ¿Cuándo fue la última vez que le realizaron un examen de la vista en el que le dilataron las pupilas? Esto habría ocasionado que le molestara la luz brillante por unas horas. (293)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

1 En el mes pasado (hace menos de 1 mes)
2 En los últimos 12 meses (hace más de 1 mes, pero menos de 12 meses)
3 En los últimos 2 años (hace más de 1 año, pero menos de 2)
4 Hace 2 años o más

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
8 NUNCA
9 SE NIEGA A CONTESTAR

M02.08 ¿Su doctor le ha informado en alguna ocasión que la diabetes le ha afectado los ojos o que tenía retinopatía? (294)

1 SÍ
2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
9 SE NIEGA A CONTESTAR

M02.09 ¿Ha tomado alguna vez un curso o una clase sobre cómo controlar la diabetes por si mismo? (295)

1 SÍ
2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 7: Artritis

Ahora le voy a hacer preguntas sobre la artritis. La artritis puede causar síntomas como dolor, molestias o rigidez en una articulación o alrededor de ella.

C07.04 ¿Actualmente tiene alguna limitación para realizar alguna de sus actividades habituales a causa de los síntomas de artritis o en las articulaciones? (133)

NOTA: Si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el entrevistador debe decir: 'Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento.'

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

NOTA: C07.05 se debe preguntar a todos los encuestados, sin importar su situación laboral estatus.

C07.05 En la pregunta siguiente, nos referimos a un trabajo remunerado. ¿Los síntomas de artritis o de afecciones en las articulaciones impiden actualmente su trabajo, afectan el tipo de trabajo o la cantidad de trabajo que hace? (134)

NOTA: Si la persona encuestada responde a cada una de esas preguntas (si el encuestado trabaja o no, tipo de trabajo y cantidad de trabajo) y alguna de las respuestas es 'Sí,' marque toda la respuesta como 'Sí.'
Si le preguntan sobre medicamentos o tratamientos, el entrevistador debe decir: 'Por favor responda a la pregunta con base en su experiencia actual, sin considerar si está tomando algún medicamento o si sigue un tratamiento.'

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C07.06 Por favor, piense en los últimos 30 días, intentando recordar todos sus dolores o molestias en las articulaciones y si tomó o no medicamentos. Durante los últimos 30 días, ¿qué tan grave fue su dolor en las articulaciones en promedio en una escala de 0 a 10, donde 0 es sin dolor y 10 es el dolor o el dolor tan fuerte como puede ser? (135-136)

-- INGRESE EL NÚMERO [RANGO: 00-10]

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 8: Información Demográfica

LEA SI ES NECESARIO: Le haré algunas preguntas sobre usted en la siguiente sección. Incluimos estas preguntas para que podamos comparar los indicadores de salud por grupos.

C08.01 ¿Qué edad tiene?

(137-138)

-- CODIFIQUE LA EDAD EN AÑOS **[RANGO: 18-99]**

- 07 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 09 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.02 ¿Es usted latino o hispano, o de origen español?

(139-140)

Si la respuesta es 'Sí,' pregunte: ¿Es usted... ?

NOTA: Es posible seleccionar una o más categorías.

- 1 Mexicano, mexicoamericano, chicano
- 2 Puertorriqueño
- 3 Cubano
- 4 De otro origen Latino, o Hispano, o Español **[GO TO UT8.2c]**
- 5 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK UT8.2c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

UT8.2c Usted se identifica como 'De otro origen Latino, o Hispano, o Español.' Es usted: (904-907)

NOTA: Es posible seleccionar una o más categorías.

POR FAVOR LEER:

- 1 Dominicano/a
- 2 Centro Americano/a
- 3 Sudamericano/a
- 4 De otro origen Latino, Hispano o Español
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.03 ¿A cuál o cuáles de los siguientes grupos raciales diría usted que pertenece?

Diría usted que ... Blanco, Negro o afroamericano, Indioamericano o nativo de Alaska, Asiático o Isleño del Pacífico ?

(143-170)

NOTE: If Asian, ask: Indoasiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, o otro Asiático.

NOTE: If Pacific Islander, ask: Nativo de Hawái, Guameño o Chamorro, Samoano, o otro Isleño del Pacífico.

NOTA: Es posible seleccionar una o más categorías.

- 10 BLANCO
- 20 NEGRO O AFROAMERICANO
- 30 INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA
- 40 ASIÁTICO
 - 41 INDOASIÁTICO
 - 42 CHINO
 - 43 FILIPINO
 - 44 JAPONÉS
 - 45 COREANO
 - 46 VIETNAMITA
 - 47 OTRO ORIGEN ASIÁTICO
- 50 ISLEÑO DEL PACÍFICO
 - 51 NATIVO DE HAWÁI
 - 52 GUAMEÑO O CHAMORRO
 - 53 SAMOANO
 - 54 OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO [GO TO UT8.3c]
- 60 OTRO (ESPECIFIQUE)
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO M28.01]
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO M28.01]

[CATI NOTE: ASK UT8.3c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

UT8.3c Usted se identifica como de 'Otras islas del Pacífico.' Es usted:

(908)

POR FAVOR LEER:

- 1 Tongano
- 2 De otras islas del Pacífico

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF MORE THAN ONE RESPONSE TO C08.03, CONTINUE. OTHERWISE, GO TO MODULE 28, SEX AT BIRTH.]

CO8.04 ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de su raza? (171-172)

NOTA: Si el encuestado proporciona más de una categoría, codifique como '99,' 'SE NIEGA A CONTESTAR.'

- 10 BLANCO
- 20 NEGRO O AFROAMERICANO
- 30 INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA
- 40 ASIÁTICO
 - 41 INDOASIÁTICO
 - 42 CHINO
 - 43 FILIPINO
 - 44 JAPONÉS
 - 45 COREANO
 - 46 VIETNAMITA
 - 47 OTRO ORIGEN ASIÁTICO
- 50 ISLEÑO DEL PACÍFICO
 - 51 NATIVO DE HAWÁI
 - 52 GUAMEÑO O CHAMORRO
 - 53 SAMOANO
 - 54 OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO [GO TO UT8.4c]
- 60 OTRO (ESPECIFIQUE)
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK UT8.4c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

UT8.4c Usted se identifica como de 'Otras islas del Pacífico.' Es usted:

(909)

POR FAVOR LEER:

- 1 Tongano
- 2 De otras islas del Pacífico
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

Módulo 28: Sexo al Nacer

[CATI NOTE: ASK MODULE 28, SEX AT BIRTH, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

- M28.01** ¿Cuál fue su sexo al nacer? ¿Era hombre o mujer? (620)
- 1 HOMBRE
 - 2 MUJER

 - 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 - 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 29: Orientación Sexual e Identidad de Género

[CATI NOTE: ASK MODULE 29, SEXUAL ORIENTATION AND GENDER IDENTITY, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

Las siguientes dos preguntas son sobre orientación sexual e identidad de género.

[CATI NOTE: ASK M29.01a IF SEX = 1 (MALE).]

- M29.01a** ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su orientación sexual: 1, Gay; 2, Heterosexual; 3, Bisexual; o 4, Algo mas? (621)

NOTA: Por favor diga el número antes de la respuesta de texto. El encuestado puede responder con el número o el texto/palabra.

LEA SI ES NECESARIO: Hacemos esta pregunta para comprender mejor la salud y las necesidades de atención médica de las personas con diferentes orientaciones sexuales.

NOTA: Si el encuestado no comprende el tema de la pregunta, codifique 7.

- 1 GAY
- 2 HETEROSEXUAL
- 3 BISEXUAL
- 4 ALGO MAS

- 7 NO SÉ LA RESPUESTA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK M29.01b IF SEX = 2 (FEMALE).]

M29.01b ¿Cuál de las siguientes opciones representa mejor su orientación sexual: 1, Lesbiana o gay; 2, Heterosexual; 3, Bisexual; o 4, Algo mas?

(622)

LEA SI ES NECESARIO: Hacemos esta pregunta para comprender mejor la salud y las necesidades de atención médica de las personas con diferentes orientaciones sexuales.

NOTA: Por favor diga el número antes de la respuesta de texto. El encuestado puede responder con el número o el texto/palabra.

NOTA: Si el encuestado no comprende el tema de la pregunta, codifique 7.

- 1 LESBIANO O GAY
- 2 HETEROSEXUAL
- 3 BISEXUAL
- 4 ALGO MAS

- 7 NO SÉ LA RESPUESTA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M29.02 ¿Se considera transgénero?

(623)

Si 'Sí,' pregunte: ¿Se considera usted mismo como 1, hombre a mujer; 2, mujer a hombre; o 3, ¿género no conforme?

NOTA: El encuestado puede responder con el número o el texto/palabra.

NOTA: Si se le pregunta acerca de la definición de no conformismo de género: algunas personas se consideran a sí mismas como no conformistas de género cuando no se identifican SOLO como un hombre o una mujer.

LEA SI ES NECESARIO: Algunas personas se describen a sí mismas como transgénero cuando experimentan una identidad de género diferente a la de su sexo al nacer. Por ejemplo, una persona que nace en un cuerpo masculino, pero que se siente femenina o vive como una mujer, sería transgénero. Algunas personas transgénero cambian su apariencia física para que coincida con su identidad de género interna. Algunas personas transgénero toman hormonas y otras tienen cirugía. Una persona transgénero puede ser de cualquier orientación sexual, heterosexual, homosexual, lesbiana o bisexual.

- 1 (SÍ, TRANSGÉNERO,) HOMBRE A MUJER
- 2 (SÍ, TRANSGÉNERO,) MUJER A HOMBRE
- 3 (SÍ, TRANSGÉNERO,) GÉNERO NO CONFORME
- 4 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO

Sección 8: Información Demográfica CONTINUED

C08.05 ¿Es usted casado, divorciado, viudo, separado, nunca estuvo casado o vive en pareja sin estar casado?

(173)

- 1 CASADO
- 2 DIVORCIADO
- 3 VIUDO
- 4 SEPARADO
- 5 NUNCA ESTUVO CASADO
- 6 VIVE EN PAREJA SIN ESTAR CASADO

- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.06 ¿Cuál es el grado escolar o nivel de educación más alto que ha completado?

(174)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

- 1 Nunca fue a la escuela o solamente fue al kínder
- 2 1.º a 8.º grado (escuela primaria)
- 3 9.º a 11.º grado (algunos estudios secundarios)
- 4 12.º grado o diploma GED (graduado de escuela secundaria superior)
- 5 1 a 3 años de universidad (algunos estudios universitarios o de escuela técnica)
- 6 4 años o más de universidad (graduado universitario)

- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.07 ¿Vive en casa propia o rentada?

(175)

NOTA: 'Otra situación de vivienda' puede incluir una vivienda colectiva o vivir con amigos o familiares sin pagar renta.

NOTA: La casa se define como el lugar donde usted vive la mayor parte del tiempo o del año.

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO: Si el encuestado pregunta por qué le estamos haciendo esta pregunta responda 'hacemos esta pregunta para comparar indicadores de salud entre personas con distintas situaciones de vivienda.'

- 1 Propia
- 2 Rentada
- 3 Otra situación de vivienda

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.08 ¿En qué condado vive usted en estos momentos? (176-178)

_ _ _ CÓDIGO ANSI DEL CONDADO

- 777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.09 ¿Cuál es el código postal de donde vive en estos momentos? (179-183)

_ _ _ _ _ INGRESE EL CÓDIGO POSTAL DE 5 DÍGITOS

- 77777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99999 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF CELL PHONE INTERVIEW, SKIP C08.10 AND GO TO C08.12.]

C08.10 Sin incluir los teléfonos celulares o los números utilizados para computadoras, máquinas de fax o sistemas de seguridad, ¿tiene más de un número de teléfono en su hogar?

- 1 SÍ
- 2 NO [GO TO C08.12]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C08.12]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C08.12]

C08.11 ¿Cuántos de estos números de teléfono son particulares? (185)

- 1 UNO
- 2 DOS
- 3 TRES
- 4 CUATRO
- 5 CINCO
- 6 SEIS O MÁS
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.12 ¿Cuántos teléfonos celulares tienes para uso personal? (186)

NOTA: Incluya teléfonos celulares utilizados tanto para uso comercial como personal.

- 1 UNO
- 2 DOS
- 3 TRES
- 4 CUATRO
- 5 CINCO
- 6 SEIS O MÁS

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGUR
- 8 NINGUNO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.13 ¿Alguna vez ha estado en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos, ya sea en el servicio militar regular, en la Guardia Nacional o en una unidad de reserva militar?

(187)

NOTA: El servicio activo no incluye el entrenamiento en la Reserva ni en la Guardia Nacional, pero si incluye las actividades de movilización, por ejemplo, para la Guerra del Golfo Pérsico.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.14 ¿Es usted actualmente empleado asalariado, trabajador independiente, desempleado por 1 año o más, desempleado por menos de 1 año, mujer u hombre que se ocupa de las tareas de la casa, estudiante, jubilado, o no puede trabajar?

(188)

NOTA: Si es más de una, diga: Seleccione la categoría que mejor lo describa.

NOTA: No use el código 7 para 'No sabe' en esta pregunta.

- 1 EMPLEADO ASALARIADO
- 2 TRABAJADOR INDEPENDIENTE
- 3 DESEMPLEADO POR 1 AÑO O MÁS
- 4 DESEMPLEADO POR MENOS DE 1 AÑO
- 5 MUJER U HOMBRE QUE SE OCUPA DE LAS TAREAS DE LA CASA
- 6 ESTUDIANTE
- 7 JUBILADO
- 8 NO PUEDE TRABAJAR
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.15 ¿Cuántos niños menores de 18 años viven en su hogar?

(189-190)

__ __ CANTIDAD DE NIÑOS

88 NINGUNO

99 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.16 Tomando en cuenta todas sus fuentes de ingresos, los ingresos anuales de su hogar son:

(191-192)

NOTA: Si el encuestado no desea responder a ninguno de los diferentes niveles de ingresos, ingrese el código '99' (se niega a contestar).

4 Menos de \$25 000 **Si la respuesta es 'No,' pregunte 5; si es 'sí,' pregunte 3.**
(Entre \$20 000 y menos de \$25 000)

3 Menos de \$20 000 **Si la respuesta es 'No,' codifique 4; si es 'sí,' pregunte 2.**
(Entre \$15 000 y menos de \$20 000)

2 Menos de \$15 000 **Si la respuesta es 'No,' codifique 3; si es 'sí,' pregunte 1.**
(Entre \$10 000 y menos de \$15 000)

1 Menos de \$10 000 **Si la respuesta es 'No,' codifique 2.**

5 Menos de \$35 000 **Si la respuesta es 'No,' pregunte 6.**
(Entre \$25 000 y menos de \$35 000)

6 Menos de \$50 000 **Si la respuesta es 'No,' pregunte 7.**
(Entre \$35 000 y menos de \$50 000)

7 Menos de \$75 000 **Si la respuesta es 'No,' codifique 8.**
(Entre \$50 000 y menos de \$75 000)

8 \$75 000 o más

[CATI NOTE: ASK 'UTIncome' ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: THESE RESPONSE CATEGORIES ARE INCORPORATED INTO C08.16. WE NEED TO BE ABLE TO REPORT THE C08.16 CATEGORIES TO THE CDC, BUT WE WANT TO LOOK AT THESE FINER CATEGORIES AT THE STATE LEVEL.]

UTIncome

(901-902)

- 1 \$5,000 pero menos de \$10,000
- 2 \$10,000 pero menos de \$15,000
- 3 \$15,000 pero menos de \$20,000

- 4 \$20,000 pero menos de \$25,000
- 5 \$25,000 pero menos de \$30,000
- 6 \$30,000 pero menos de \$35,000
- 7 \$35,000 pero menos de \$40,000
- 8 \$40,000 pero menos de \$45,000
- 9 \$45,000 pero menos de \$50,000
- 10 \$50,000 pero menos de \$55,000
- 11 \$55,000 pero menos de \$60,000
- 12 \$60,000 pero menos de \$65,000
- 13 \$65,000 pero menos de \$70,000
- 14 \$70,000 pero menos de \$75,000
- 15 \$75,000 o más

C08.17 Aproximadamente, ¿cuánto pesa sin zapatos?

(193-196)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique '9' en la primera posición. Redondee los decimales o las fracciones hacia arriba.

_ _ / _ _ INGRESE EL PESO EN LIBRAS ENTERAS O KILOGRAMOS ENTEROS

7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
9999 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.18 Aproximadamente, ¿cuánto mide sin zapatos?

(197-200)

NOTA: Si la persona encuestada responde con el sistema métrico, indique '9' en la primera posición. Redondee los decimales o las fracciones hacia abajo.

_ _ / _ _ INGRESE ESTATURA EN PIES/PULGADAS O METROS/
CENTÍMETROS

77 / 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 / 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF MALE, GO TO M28.01, BIRTHSEX, IS CODED '1'; OR CP.05 = 1; OR LL.12 = 1; OR LL.09 = 1; LL.07 = 1; OR C08.01 > 49 YEARS OLD.]

C08.19 Que usted sepa, ¿está embarazada?

(201)

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE/NO ESTÁ SEGURA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.20 Algunas personas que son sordas o tienen gran dificultad para oír pueden usar o no dispositivos de ayuda para comunicarse por teléfono. ¿Es sordo o tiene gran dificultad para oír?

(202)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.21 ¿Es ciego o tiene gran dificultad para ver, aun cuando usa lentes?

(203)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.22 Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene gran dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?

(204)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.23 ¿Tiene gran dificultad para caminar o subir las escaleras?

(205)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

C08.24 ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

(206)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

- C08.25** Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para hacer diligencias solo, como ir al consultorio del doctor o ir de compras? (207)
- 1 SÍ
 - 2 NO
 - 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 - 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 9: Consumo de Tabaco

- C09.01** ¿Ha fumado al menos 100 cigarrillos en toda su vida? (208)

NOTA: 'En cigarrillos, no incluya: cigarrillos-electrónicos (e-cigarettes, NJOY, Bluetip), cigarrillos herbarios, cigarros, puros, puritos, pipas, bidis, kreteks, pipas de agua (narguiles) ni marihuana.'

NOTA: 5 paquetes = 100 cigarrillos.

- 1 SÍ
- 2 NO [GO TO C09.05]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C09.05]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C09.05]

- C09.02** Actualmente ¿fuma cigarrillos todos los días, algunos días o nunca? (209)

- 1 TODOS LOS DÍAS
- 2 ALGUNOS DÍAS
- 3 NUNCA [GO TO C09.04]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C09.05]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C09.05]

- C09.03** En los últimos 12 meses, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar? (210)

- 1 SÍ [GO TO QUIT30]
- 2 NO [GO TO C09.05]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C09.05]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C09.05]

[CATI NOTE: ASK 'QUIT30' ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: ASK ONLY IF C09.03 = 1 (YES).]

QUIT30 En los últimos 30 días, ¿ha dejado de fumar durante un día o más debido a que estaba intentando dejar de fumar?

(909)

- | | | |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | SÍ | [GO TO C09.05] |
| 2 | NO | [GO TO C09.05] |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO C09.05] |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO C09.05] |

C09.04 ¿Cuánto tiempo hace que fumó por última vez un cigarrillo, aunque haya sido una o dos pitadas (caladas)?

(211-212)

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

- 01 En el último mes (hace menos de 1 mes)
- 02 En los últimos 3 meses (hace más de 1 mes pero menos de 3)
- 03 En los últimos 6 meses (hace más de 3 meses pero menos de 6)
- 04 En el último año (hace más de 6 meses, pero menos de 1 año)
- 05 En los últimos 5 años (hace más de 1 año, pero menos de 5)
- 06 En los últimos 10 años (hace más de 5 años pero menos de 10)
- 07 10 años o más
- 08 Nunca ha fumado de manera regular
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

C09.05 ¿En la actualidad usa tabaco para mascar, rapé o snus todos los días, algunos días o nunca?

(197)

NOTA: El snus (nombre en sueco del rapé) es un tabaco húmedo que no se fuma y que generalmente se vende en bolsitas que se colocan entre el labio y la encía.

- 1 TODOS LOS DÍAS
- 2 ALGUNOS DÍAS
- 3 NUNCA
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Cigarrillos-Electrónicos

[CATI NOTE: ASK E-CIGARETTES QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

Las siguientes preguntas son sobre los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) y otros productos de 'vapor' electrónicos. Estos productos por lo general contienen nicotina, sabores y otros ingredientes. No incluya productos usados solo para la marihuana.

NOTA: Estas preguntas se refieren a productos de 'vapor' electrónicos para el uso de nicotina. En estas preguntas, no se incluye el uso de productos de 'vapor' electrónicos para el consumo de marihuana.

STECIG1 ¿Alguna vez ha usado un cigarrillo electrónico u otro producto de 'vapor' electrónico, aun cuando lo haya hecho una sola vez en toda su vida? (910)

LEA LO SI ES NECESARIO: Los cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) y otros productos de 'vapor' electrónicos de 'vapor' incluyen JUULs, bolígrafos, mods, y otros. Estos productos funcionan con baterías y generalmente contienen nicotina y sabores como frutas, menta o dulces.

- 1 SÍ
- 2 NO [GO TO NEXT SECTION]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO NEXT SECTION]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

STECIG2 ¿En la actualidad usa cigarrillos electrónicos (e-cigarrillos) u otros productos de 'vapor' electrónico todos los días, algunos días o de ningún modo? (911)

- 1 TODOS LOS DÍAS
- 2 ALGUNOS DÍAS
- 3 DE NINGÚN MODO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STECIG3 ¿Fuma actualmente cigarros, cigarrillos o cigarros pequeños todos los días, algunos días o de ningún modo? (912)

- 1 TODOS LOS DÍAS
- 2 ALGUNOS DÍAS
- 3 DE NINGÚN MODO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 10: Consumo de Alcohol

C10.01 En los últimos 30 días, ¿cuántos días por semana o por mes bebió al menos un trago de cualquier bebida alcohólica como cerveza, vino, bebida a base de malta o un licor? (214-216)

NOTA: Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor.

1 __ DÍAS POR SEMANA
2 __ DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

888 NINGÚN TRAGO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS [GO TO NEXT SECTION]
777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO NEXT SECTION]
999 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

C10.02 Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas, una copa de vino de 5 onzas o una medida de licor. En los últimos 30 días, en los días que bebió, ¿aproximadamente cuántos tragos tomar en promedio?

(217-218)

NOTA: Un trago equivale a una cerveza de 12 onzas (350 cl), a una copa de vino de 5 onzas (150 cl) o a una medida de licor.

__ CANTIDAD DE TRAGOS [NOTA: 76 = 76 O MÁS]

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 SE NIEGA A CONTESTAR

C10.03 Tomando en cuenta todos los tipos de bebidas alcohólicas, ¿cuántas veces en los últimos 30 días bebió en una ocasión X [CATI NOTE: X = 5 FOR MEN, X = 4 FOR WOMEN] tragos o más?

(219-220)

__ CANTIDAD DE VECES

88 NINGUNA
77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 SE NIEGA A CONTESTAR

C10.04 En los últimos 30 días, ¿cuál fue la máxima cantidad de tragos que bebió en una sola ocasión?

(221-222)

__ CANTIDAD DE TRAGOS [NOTA: 76 = 76 O MÁS]

77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 11: Ejercicio (Actividad Física)

C11.01 En el mes pasado, sin contar su trabajo diario, ¿realizó alguna actividad física o algún tipo de ejercicio como correr, hacer ejercicios calisténicos, jugar al golf, realizar actividades de jardinería o caminar?

(223)

NOTA: Si el encuestado no tiene 'tareas habituales de su trabajo' o está jubilado, puede contar la actividad física o el ejercicio que hace la mayor parte del tiempo en un mes habitual.

- | | | |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | SÍ | |
| 2 | NO | [GO TO C11.08] |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO C11.08] |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO C11.08] |

NOTA: Si las actividades del encuestado no está incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción 'Otra.'

C11.02 ¿A qué tipo de actividad o ejercicio físico dedicó más tiempo durante el mes pasado?

(224-225)

-- (ESPECIFIQUE) [VEA LA LISTA DE CÓDIGOS PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA]

- | | | |
|----|--------------------------|----------------|
| 77 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO C11.08] |
| 99 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO C11.08] |

C13.03 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado?

(226-228)

- | | |
|-----|--------------------------|
| 1__ | VECES POR SEMANA |
| 2__ | VECES POR MES |
| 777 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO |
| 999 | SE NIEGA A CONTESTAR |

C11.04 Y cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?

(229-231)

- | | |
|------|--------------------------|
| _:__ | HORAS Y MINUTOS |
| 777 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO |
| 999 | SE NIEGA A CONTESTAR |

C11.05 ¿Cuál fue el segundo tipo de actividad física con el que más hizo ejercicio el mes pasado?

(232-233)

NOTA: Si las actividades del encuestado no están incluidas en la lista de codificación para la actividad física, seleccione la opción 'Otra.'

__ (ESPECIFIQUE) [VEA LA LISTA DE CÓDIGOS PARA LA ACTIVIDAD FÍSICA]

- 88 NINGUNA OTRA ACTIVIDAD [GO TO C11.08]
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO C11.08]
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO C11.08]

C11.06 ¿Cuántas veces a la semana o al mes realizó esta actividad durante el mes pasado?
(234-236)

- 1__ VECES POR SEMANA
- 2__ VECES POR MES

- 777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

C11.07 Cuando realizó esta actividad, ¿cuántos minutos u horas le dedicó habitualmente?
(237-239)

- _:__ HORAS Y MINUTOS

- 777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

C11.08 Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, a la semana o al mes realizó actividad física o ejercicio para FORTALECER sus músculos?
(240-242)

NOTA: NO cuente ejercicios aeróbicos como caminar, correr o andar en bicicleta. Cuente actividades en las que usa su propio peso corporal, como yoga, abdominales y lagartijas, y aquellas en las que usa máquinas de pesas, pesas sueltas o bandas elásticas.

- 1__ VECES POR SEMANA
- 2__ VECES POR MES

- 888 NUNCA
- 777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 12: Frutas y Verduras

Ahora piense en los alimentos que comió o bebió, incluidas comidas y refrigerios, durante el último mes, es decir, en los últimos 30 días.

NOTA: Si un encuestado indica que consume un alimento todos los días, ingrese el número de veces por día. Si el encuestado indica que consume un alimento menos de una vez por día, ingrese las veces por semana o por mes. **NO INGRESE VECES POR DÍA A MENOS QUE EL ENCUESTADO REPORTE QUE CONSUMIÓ ESE ALIMENTO TODOS LOS DÍAS DURANTE EL ÚLTIMO MES.**

C12.01 Sin contar los jugos, ¿con qué frecuencia come frutas? ¿Me puede decir la cantidad de veces por día, por semana o por mes?

(243-245)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana, o por mes?'

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENTREVISTADOR PREGUNTA QUÉ INCLUIR O DICE

'NO SÉ': Incluya la fruta fresca, congelada o enlatada no incluya frutas secas.

1 __ DÍA

2 __ SEMANA

3 __ MES

300 MENOS DE UNA VEZ AL MES

555 NUNCA

777 NO SABE

999 SE NIEGA A CONTESTAR

C12.02 Sin incluir bebidas con sabor a fruta ni jugos de frutas a los que se agrega azúcar, ¿con qué frecuencia bebió jugo 100 % de fruta como jugo de manzana o naranja?

(246-248)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana, o por mes?'

LEA SI EL ENTREVISTADOR PIDE EJEMPLOS DE BEBIDAS CON SABOR A

FRUTA: No incluya bebidas con sabor a fruta a las que se agrega azúcar, como bebidas con arándano (*Cranberry Cocktail*), *Hi-C*, *lemonade*, *Kool-Aid*, *Gatorade*, *Tampico* y *Sunny Delight*. Incluya solamente jugos 100 % puros o mezclas de jugos 100 % puros.

1 __ DÍA

2 __ SEMANA

3 __ MES

300 MENOS DE UNA VEZ AL MES

555 NUNCA

777 NO SABE

999 SE NIEGA A CONTESTAR

C12.03 ¿Con qué frecuencia comió una ensalada de hojas verdes o lechuga, con o sin otras verduras?

(249-253)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana, o por mes?'

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENTREVISTADOR PREGUNTA ACERCA DE LAS ESPINACAS: 'Incluya las ensaladas de espinacas.'

- 1 __ DÍA
- 2 __ SEMANA
- 3 __ MES

- 300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
- 555 NUNCA
- 777 NO SABE
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

C12.04 ¿Con qué frecuencia comió usted algún tipo de papa frita, incluidas las papas a la francesa, las papas salteadas (*home fries*) o '*hash browns*'?

(252-254)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana, o por mes?'

LÉA LO SIGUIENTE SI EL ENCUESTADO PREGUNTA ACERCA DE LAS PAPITAS FRITAS ('POTATO CHIPS'): No incluya las papitas fritas o '*potato chips*'.

- 1 __ DÍA
- 2 __ SEMANA
- 3 __ MES

- 300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
- 555 NUNCA
- 777 NO SABE
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

C12.05 ¿Con qué frecuencia comió usted algún otro tipo de papa o camote (batata), como papas al horno, hervidas, en puré o en ensalada?

(255-257)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana, o por mes?'

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENTREVISTADOR PREGUNTA ACERCA DE QUÉ TIPOS DE PAPA INCLUIR: Incluya todos los tipos de papa excepto las fritas. incluya las papas gratinadas, las papas al escalope. No incluya 'potato chips.'

- 1 __ DÍA
- 2 __ SEMANA
- 3 __ MES

- 300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
- 555 NUNCA
- 777 NO SABE
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

C12.06 Sin incluir ensaladas de lechuga ni papas, ¿con qué frecuencia comió otras verduras? (258-260)

NOTA: Ingrese la cantidad en veces por día, semana o mes. Si el encuestado da un número sin un marco de tiempo, pregunte '¿Eso es por día, semana, o por mes?'

LEA LO SIGUIENTE SI EL ENTREVISTADOR PREGUNTA QUÉ INCLUIR: Incluya tomates, ejotes (habichuelas verdes), zanahorias, maíz, repollo, brotes o germinados de frijol, berza y brócoli. incluya verduras crudas, cocidas, enlatadas o congeladas. no incluya el arroz.

- 1 __ DÍA
- 2 __ SEMANA
- 3 __ MES

- 300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
- 555 NUNCA
- 777 NO SABE
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK 'FAMDIN1' ON QUESTIONNAIRES 11/21.]

FAMDIN1 Durante el mes pasado, ¿cuántas veces al día, semana o mes, todos o la mayoría de su familia que viven en su casa han comido juntos?

(905-907)

NOTA: Esta pregunta se hace solo si hay niños menores de 18 años en el hogar.

- 1__ DÍA
- 2__ SEMANA
- 3__ MES

- 300 MENOS DE UNA VEZ AL MES
- 555 NUNCA
- 777 NO SABE

Sección 13: Vacunación

C13.01 En los últimos 12 meses, ¿le han inyectado una vacuna contra la gripe en la nariz o le inyectaron una vacuna contra la gripe en el brazo?

(261)

LEA SOLO SI ES NECESARIO: En el 2011 salió una nueva vacuna contra la influenza que se inyecta en la piel con una aguja muy pequeña. Se llama vacuna Fluzone intradérmica. Esta también se considera una vacuna inyectable contra la influenza.

- | | | |
|---|--------------------------|----------------|
| 1 | SÍ | |
| 2 | NO | [GO TO C13.03] |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO C13.03] |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO C13.03] |

C13.02 ¿En qué mes y año recibió la vacuna más reciente contra la influenza ya sea en atomizador nasal o inyectada en el brazo?

(262-267)

__ / ____ INGRESE MES/AÑO

- | | |
|-----------|--------------------------|
| 77 / 7777 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO |
| 99 / 9999 | SE NIEGA A CONTESTAR |

C13.03 ¿Has recibido una vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años?

(268)

NOTA: Si contesta 'Sí,' pregunte: ¿Fue esta vacuna Tdap, la vacuna contra el tétanos que también tiene la vacuna contra la tos ferina o la tos ferina?

- | | |
|---|--|
| 1 | Sí, recibió Tdap |
| 2 | Sí, recibió vacuna contra el tétanos, pero no Tdap |
| 3 | Sí recibió vacuna contra el tétanos pero no estoy seguro de qué tipo |
| 4 | No, no recibió ninguna vacuna contra el tétanos en los últimos 10 años |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR |

C13.04 ¿Alguna vez le han puesto la vacuna contra la neumonía, también conocida como vacuna antineumocócica?

(269)

NOTA: Hay dos tipos de vacunas contra la neumonía: la polisacárida, también conocida como Pneumovax®, y la conjugada, también conocida como Prevnar®.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Sección 14: V.I.H./Sida

Las siguientes preguntas se refieren al problema nacional de salud que representa el V.I.H., el virus que causa el sida. Por favor, recuerde que sus respuestas son estrictamente confidenciales y que no necesita contestar todas las preguntas si no lo desea. Le vamos a hacer preguntas sobre las pruebas que se haya hecho, pero no le pediremos los resultados de esas pruebas.

C14.01 ¿Incluyendo pruebas de fluidos en la boca, pero no incluyendo las pruebas que pudo haber tenido para la donación de sangre, ¿alguna vez le hicieron una prueba de VIH?
(270)

- 1 SÍ
- 2 NO **[GO TO C14.03]**

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO C14.03]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO C14.03]**

C14.02 Sin incluir las donaciones de sangre, ¿en qué mes y año se realizó la prueba del V.I.H.por última vez?
(271-276)

NOTA: Si la respuesta es antes de enero de 1985, codifique '77777' o 'NO SABE / NO ESTÁ SEGURO.'

NOTA: Si la persona encuestada recuerda el año pero no el mes, marque los primeros dos dígitos del 77 y los últimos cuatro dígitos del año.

__ / ____ CODIFIQUE MES Y AÑO

- 77/7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99/9999 SE NIEGA A CONTESTAR / NO ESTÁ SEGURO

C14.03 Voy a leerle una lista de situaciones. Cuando haya terminado, por favor dígame si alguna de esas situaciones tiene que ver con usted. No tiene que decirme qué situación es.

(275)

Se ha inyectado alguna droga distinta de aquellas que le recetaron el año pasado.

En el último año ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea o de transmisión sexual.

En el último año ha dado o recibido dinero o drogas a cambio de relaciones sexuales.

En el último año ha tenido relaciones sexuales anales sin usar un condón.

En el último año ha tenido 4 o más parejas sexuales.

¿Alguna de estas situaciones tiene que ver con usted?

1 SÍ
2 NO

7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulos Opcionales

Módulo 8: Examen De Cáncer De Pulmón

[CATI NOTE: ASK MODULE 8, LUNG CANCER SCREENING, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

Usted nos dijo que había fumado en el pasado o que fuma en la actualidad. Las siguientes preguntas se refieren a las pruebas de detección del cáncer de pulmón

M08.01 ¿Cuántos años tenía cuando empezó a fumar cigarrillos regularmente? (311-313)

NOTA: 'Regularmente' es al menos un cigarrillo o más en los días en que un encuestado fuma o que fumaba.

NOTA: Si el encuestado indica una edad inconsistente con la edad ingresada anteriormente, verifique que esta sea la respuesta correcta y cambie la edad del encuestado regularmente fumando o haga una nota para corregir la edad.

___ EDAD EN AÑOS [RANGO: 001 – 100]

8 8 8 NUNCA FUME CIGARRILLOS REGULARMENTE [GO TO M08.04]
7 7 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
9 9 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M08.02 ¿Cuántos años tenía la última vez que fumó cigarrillos regularmente? (314-316)

NOTA: 'Regularmente' es al menos un cigarrillo o más en los días en que un encuestado fuma o que fumaba.

___ EDAD EN AÑOS [RANGO: 001 – 100]

7 7 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
9 9 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M08.03 En promedio, cuando fuma regularmente, ¿cuántos cigarrillos fuma regularmente por día?

(317-319)

NOTA: 'Regularmente' es al menos un cigarrillo o más en los días en que un encuestado fuma o que fumaba.

NOTA: Los encuestados pueden responder en paquetes en lugar de la cantidad de cigarrillos.

___ NUMERO DE CIGARRILLOS

7 7 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 9 9 9 SE NIEGA A CONTESTAR

0.5 PAQUETE = 10 CIGARRILLOS	1.75 PAQUETE = 35 CIGARRILLOS
0.75 PAQUETE = 15 CIGARRILLOS	2 PAQUETES = 40 CIGARRILLOS
1 PAQUETE = 20 CIGARRILLOS	2.5 PAQUETES = 50 CIGARRILLOS
1.25 PAQUETE = 25 CIGARRILLOS	3 PAQUETES = 60 CIGARRILLOS
1.5 PAQUETE = 30 CIGARRILLOS	

M08.04 La siguiente pregunta es sobre tomografías computarizadas (CT o CAT, por sus siglas en inglés). Durante esta prueba, usted se acuesta boca arriba sobre una mesa. Mientras contiene la respiración, la mesa se mueve a través de una máquina de rayos X en forma de rosca mientras se hace el examen. En los últimos 12 meses, ¿se realizó una tomografía computarizada?

(314-316)

LEA SOLO SI ES NECESARIO:

- 1 Sí, para detectar cáncer de pulmón
- 2 No (no tenía una tomografía computarizada)
- 3 Tuvo una tomografía computarizada, pero por alguna otra razón

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 12: Pruebas de Detección del Cáncer Colorrectal

[CATI NOTE: ASK MODULE 12, COLORECTAL CANCER SCREENING, ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]

[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS \leq 49 YEARS OF AGE, GO TO NEXT SECTION.]

M12.01 La prueba de sangre en las heces se puede hacer en casa con un kit especial para detectar la presencia de sangre en las heces. ¿Alguna vez se ha hecho esta prueba con un kit en casa?

(336)

- 1 Sí
- 2 NO **[GO TO M12.03]**

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO M12.03]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO M12.03]**

M12.02 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de sangre en las heces con un kit en casa?

(337)

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M12.03 La sigmoidoscopia y la colonoscopia son exámenes en los que se inserta una sonda en el recto para visualizar el colon a fin de detectar signos de cáncer u otros problemas de salud. ¿Alguna vez se ha hecho uno de estos exámenes?

(338)

- 1 SÍ
- 2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

M12.04 Para realizar la sigmoidoscopia se inserta una sonda flexible en el recto para detectar posibles problemas. La colonoscopia es un examen similar, pero se utiliza un tubo más largo y generalmente se le inyecta un medicamento en el brazo para que se duerma. Además, se le pide que vaya acompañado de alguien que pueda llevarlo a la casa después del procedimiento. ¿El último examen que se hizo fue una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(339)

- 1 SIGMOIDOSCOPIA
- 2 COLONOSCOPIA

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M12.05 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una sigmoidoscopia o una colonoscopia?

(340)

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años pero menos de 5)
- 5 En los últimos 10 años (hace más de 5 años pero menos de 10)
- 6 Hace 10 años o más

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Pruebas de Detección del Cáncer de Mama y de Cuello Uterino

[CATI NOTE: ASK BREAST AND CERVICAL CANCER SCREENING QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]

[CATI NOTE: IF MALE, GO TO THE NEXT SECTION.]

Las siguientes preguntas se refieren al cáncer de mama y al cáncer del cuello uterino.

STBCS1 ¿Alguna vez se ha hecho una mamografía? (916)

NOTA: La mamografía es una radiografía que se realiza a cada uno de los senos para detectar el cáncer de mama.

- 1 Sí
- 2 NO [GO TO STBCS3]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO STBCS3]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO STBCS3]

STBCS2 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía? (917)

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STBCS3 ¿Alguna vez se ha hecho una prueba de Papanicoláu? (918)

NOTA: Una prueba de Papanicoláu es una prueba para el cáncer del cuello uterino.

- 1 Sí
- 2 NO [GO TO NEXT SECTION]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO NEXT SECTION]

9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

STBCS4 ¿Cuándo fue la última vez que se hizo la prueba de Papanicoláu? (919)

LEA SI ES NECESARIO:

- 1 En el último año (hace menos de 12 meses)
- 2 En los últimos 2 años (hace más de 1 año pero menos de 2)
- 3 En los últimos 3 años (hace más de 2 años pero menos de 3)
- 4 En los últimos 5 años (hace más de 3 años pero menos de 5)
- 5 Hace 5 años o más

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 20: Deterioro Cognitivo

[CATI NOTE: ASK MODULE 20, COGNITIVE DECLINE, ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]

[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS 45 YEARS OF AGE OR OLDER CONTINUE, ELSE GO TO NEXT MODULE.]

Las siguientes preguntas son sobre las dificultades para pensar o recordar, que pueden hacer una gran diferencia en las actividades de la vida diaria. Esto no se refiere a olvidarse ocasionalmente las llaves o el nombre de alguien que conoció recientemente, lo cual es normal. Esto se refiere al estado de confusión o pérdida de la memoria que sucede cada vez con mayor frecuencia o que empeora, como por ejemplo, olvidarse cómo hacer las cosas que hace desde siempre u olvidar cosas que normalmente sabe. Queremos saber cómo le afectan estas dificultades.

M20.01 En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado confusión o pérdida de memoria que sucede cada vez con más frecuencia o que empeora? (377)

- 1 Sí [GO TO M20.02]
- 2 NO [GO TO NEXT SECTION]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO M20.02]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

M20.02 En los últimos 12 meses, ¿como resultado de la confusión o pérdida de memoria, con qué frecuencia ha dejado de hacer las actividades de la vida diaria o tareas del hogar que solía hacer, como por ejemplo, cocinar, limpiar, tomar medicamentos, conducir o pagar cuentas? Diría usted que... (378)

POR FAVOR LEER:

- 1 Siempre
- 2 Usualmente
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M20.03 Como resultado de la confusión o pérdida de memoria, ¿con qué frecuencia necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria? Diría usted que...

(379)

POR FAVOR LEER:

- 1 Siempre
- 2 Usualmente
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca [GO TO M20.05]
- 5 Nunca [GO TO M20.05]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO M20.05]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO M20.05]

[CATI NOTE: IF M20.03 = 1, 2, OR 3, CONTINUE. IF M20.03 = 4, 5, 7, OR 9, GO TO M20.05.]

M20.04 Cuando usted necesita ayuda con estas actividades de la vida diaria, ¿con qué frecuencia puede obtener la ayuda que necesita? Diría usted que...

(380)

POR FAVOR LEER:

- 1 Siempre
- 2 Usualmente
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M20.05 En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha interferido la confusión o la pérdida de memoria en su capacidad de trabajar, trabajar de voluntario o participar en actividades sociales fuera de la casa? Diría usted que...

(381)

POR FAVOR LEER:

- 1 Siempre
- 2 Usualmente
- 3 Algunas veces
- 4 Casi nunca
- 5 Nunca

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M20.06 ¿Ha hablado usted u otra persona con un profesional de atención médica sobre su confusión o pérdida de memoria?

(382)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 21: Cuidado de Personas

[CATI NOTE: ASK MODULE 21, CAREGIVING, ON QUESTIONNAIRE PATHS 11/21.]

Hay personas que proporcionan en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad.

M21.01 En los últimos 30 días, ¿proporcionó en forma habitual cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad?

(383)

NOTA: Si la persona a la que cuidaba falleció en los últimos 30 días, diga 'lamento su pérdida,' e ingrese el código 8.

- 1 SÍ
- 2 NO **[GO TO M21.09]**

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO M21.09]**
- 8 LA PERSONA A LA QUE CUIDABA FALLECIÓ EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS **[GO TO NEXT SECTION]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO M21.09]**

M21.02 ¿Cuál es su relación con la persona a la que cuida? Por ejemplo, ¿es su madre o hija, o padre o hijo)? Diría usted que...

(384-385)

NOTA: Si se trata de más de una persona, diga lo siguiente: 'mencione la persona a la que le proporciona más cuidado.'

- 01 MADRE
- 02 PADRE
- 03 SUEGRA
- 04 SUEGRO
- 05 HIJO
- 06 ESPOSO
- 07 ESPOSA
- 08 COMPAÑERO DE RESIDENCIA
- 09 HERMANO O CUÑADO
- 10 HERMANA O CUÑADA
- 11 ABUELA
- 12 ABUELO
- 13 NIETO O NIETA
- 14 OTRO PARIENTE
- 15 AMIGO DE FAMILIA/NO PARIENTE

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

M21.03 ¿Desde hace cuánto tiempo ha cuidado a esa persona? Diría usted que...

(386)

POR FAVOR LEER:

- 1 Menos de 30 días
- 2 Entre 1 mes a menos de 6 meses
- 3 Entre 6 meses a menos de 2 años
- 4 Entre 2 años a menos de 5 años
- 5 Mas de 5 años

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M21.04 En una semana promedio, ¿cuántas horas proporciona usted cuidado o ayuda? Diría usted que...

(387)

POR FAVOR LEER:

- 1 Hasta 8 horas por semana
- 2 De 9 a 19 horas por semana
- 3 De 20 a 39 horas por semana
- 4 40 horas o más

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M21.05 ¿Cuál es el PRINCIPAL problema de salud, la enfermedad prolongada o la discapacidad que tiene la persona a la que cuida? Diría usted que...

(388-389)

LEA LO SIGUIENTE SI ES NECESARIO: Dígame, ¿cuál de las siguientes afecciones cree que es el mayor problema?

- 1 ARTRITIS/REUMATISMO
- 2 ASMA
- 3 CÁNCER
- 4 AFECCIONES RESPIRATORIAS CRÓNICAS COMO ENFISEMA O EPOC
- 5 DEMENCIA U OTRO TRASTORNOS DE DEFICIENCIA COGNITIVA COMO LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER **[GO TO M21.07]**
- 6 DISCAPACIDADES DEL DESARROLLO COMO AUTISMO, SÍNDROME DE DOWN Y ESPINA BÍFIDA
- 7 DIABETES
- 8 ENFERMEDAD CARDIACA, PRESIÓN ARTERIAL ALTA
- 9 INFECCIÓN POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)
- 10 ENFERMEDAD MENTAL COMO ANSIEDAD, DEPRESIÓN O ESQUIZOFRENIA
- 11 OTRA ENFERMEDAD O INSUFICIENCIA EN UN ÓRGANO COMO PROBLEMAS DE RIÑÓN O HÍGADO
- 12 TRASTORNOS DE LA ADICCIÓN O ABUSO DE SUSTANCIAS
- 13 LESIONES, INCLUIDAS FRACTURAS DE HUESOS
- 14 VEJEZ/ACHAQUES/FRAGILIDAD
- 15 OTRA

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

M21.06 ¿La persona que cuida tiene enfermedad de Alzheimer, demencia u otro trastorno de deterioro cognitivo?

(390)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M21.07 En los últimos 30 días, ¿le proporcionó ayuda a esta persona al manejar su cuidado personal como administrarle medicamentos, ayudar con la alimentación, ayudarla a vestirse o bañarse?

(391)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M21.08 En los últimos 30 días, ¿le proporcionó ayuda a esta persona al manejar tareas del hogar como limpiar, manejar dinero o preparar comidas?

(392)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF M21.01 = 1 OR 8, SKIP M21.09 AND GO TO NEXT SECTION.]

M21.09 En los próximos 2 años, ¿tiene pensado proporcionar cuidados o asistencia a un amigo o un familiar con problemas de salud o una discapacidad?

(393)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 23: Planificación Familiar

[CATI NOTE: ASK MODULE 23, FAMILY PLANNING, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS FEMALE AND GREATER THAN 49 YEARS OF AGE, IS PREGNANT, OR IF RESPONDENT IS MALE, GO TO THE NEXT MODULE.]

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias y lo que piensa sobre la planificación familiar. Recuerde que todas sus respuestas serán confidenciales.

M23.01 La última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre, ¿usted o su esposo/pareja hicieron algo para evitar un embarazo?

(405)

- 1 Sí
 - 2 No
 - 3 No tiene pareja/no tiene actividad sexual
 - 4 Pareja del mismo sexo

 - 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- [GO TO M23.03]**
[GO TO NEXT SECTION]
[GO TO NEXT SECTION]
[GO TO NEXT SECTION]

9 SE NIEGA A CONTESTAR

[GO TO NEXT SECTION]

M23.02 La última vez que tuvieron relaciones sexuales, ¿qué hicieron usted o su pareja para evitar un embarazo?

(406-407)

NOTA: Si la encuestada indica más de un método anticonceptivo, anote el método que aparezca primero en la lista.

NOTA: Si la encuestada indica usar 'condones,' pregúntele si son 'condones de mujer' o 'condones de hombre.'

NOTA: Si la encuestada indica usar 'DIU' (dispositivo intrauterino), pregunte para saber si es 'DIU de Levonorgestrel' o 'DIU de alambre de cobre.'

NOTA: Si la encuestada responde 'otro método,' pídale que por favor 'especifique' y asegúrese de que la respuesta no corresponda a otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márkela adecuadamente.

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

- 01 Esterilización femenina (p. ej. ligadura de trompas, Essure, Adiana)
- 02 Esterilización masculina (vasectomía)
- 03 Implante anticonceptivo (p. ej. Nexplanon, Jadelle, Sino Implant, Implanon)
- 04 DIU de levonorgestrel (LNG) o DIU hormonal (p. ej., Mirena, Skyla, Liletta, Kylene)
- 05 DIU de alambre de cobre (p. ej., ParaGard)
- 06 DIU de tipo desconocido
- 07 Inyecciones (p. ej., Depo-Provera o DMPA)
- 08 Pastillas anticonceptivas de cualquier tipo
- 09 Parche anticonceptivo (p. ej., Ortho Evra, Xulane)
- 10 Anillo anticonceptivo (p. ej., NuvaRing)
- 11 Condones para hombres
- 12 Diafragma, capuchón cervical
- 13 Condones para mujeres
- 14 No tiene relaciones sexuales en ciertos días (método del ritmo o método anticonceptivo natural)
- 15 Retiro antes de la eyaculación (eyacula afuera)
- 16 Espuma, gel, película o crema anticonceptiva
- 17 Anticonceptivos de emergencia (pastilla de la 'mañana siguiente')
- 18 Otro método

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: GO TO NEXT SECTION AFTER M23.02.]

M23.03 Algunas de las razones que pudo haber tenido para no evitar un embarazo la última vez que tuvo relaciones sexuales pueden ser: desear un embarazo, no tener dinero para comprar un método anticonceptivo o no pensar que puede quedar embarazada. ¿Cuál fue su principal razón para no usar un método para prevenir el embarazo la última vez que tuvo relaciones sexuales con un hombre?

(408-409)

NOTA: Si la encuestada responde 'otra razón,' pídale que 'por favor especifique' y asegúrese de que la respuesta no corresponda a otra categoría. Si la respuesta corresponde a otra categoría, márkela adecuadamente.

LEA LO SIGUIENTE SOLO SI ES NECESARIO:

- 01 No pensaba que iba a tener una relación sexual/no tiene una pareja fija
- 02 Simplemente no lo pensó
- 03 No le importaba si quedaba embarazada
- 04 Quería quedar embarazada
- 05 Usted o su pareja no quieren usar métodos anticonceptivos
- 06 A usted o a su pareja no les gustan los métodos anticonceptivos o sus efectos secundarios
- 07 No tenía dinero para comprar un método anticonceptivo
- 08 Tuvo un problema para conseguir un método anticonceptivo cuando lo necesitaba
- 09 Razones religiosas
- 10 Interrumpió brevemente el uso de un método anticonceptivo
- 11 No cree que usted o su pareja puedan tener hijos (infértil o edad avanzada)
- 12 Tenía las trompas ligadas (esterilización)
- 13 Le hicieron una histerectomía.
- 14 A su pareja le hicieron una vasectomía (esterilización)
- 15 Está amamantando actualmente
- 16 Acababa de tener un bebé/posparto
- 17 Está embarazada ahora
- 18 Su pareja es del mismo sexo
- 19 Otras razones

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

Acceso a la Planificación Familiar

[CATI NOTE: ASK ACCESS TO FAMILY PLANNING QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF RESPONDENT IS FEMALE AND GREATER THAN 49 YEARS OF AGE, HAS HAD A HYSTERECTOMY (M23.03 = 13), IS PREGNANT (C08.19 = 1), OR IF RESPONDENT IS MALE, GO TO THE NEXT MODULE.]

Las siguientes preguntas se refieren a sus experiencias recientes con acceso al control de la natalidad. Algunas mujeres usan anticonceptivos por razones de salud no relacionadas con el embarazo, independientemente de si son sexualmente activas.

STAFP1 En los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo un momento en el que necesitó un método anticonceptivo pero no pudo obtenerlo?

(920)

NOTA: Si el encuestado experimentó CUALQUIER problema con el control de la natalidad en los últimos 12 meses, codifíquelo como 'Sí.'

- 1 Sí
- 2 NO [GO TO STAFP3]
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO STAFP3]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO STAFP3]

STAFP2 ¿Cuál es la razón principal por la que se retrasó o le impidió acceder al control de la natalidad cuando lo necesitaba?

(921-922)

LEA SOLOSI ES NECESARIO:

- 1 La clínica, la farmacia o la tienda no estaban abiertas cuando necesitaba ir
- 2 La clínica, la farmacia o la tienda estaban demasiado lejos
- 3 No tenía seguro de salud
- 4 Era demasiado caro
- 5 No sabía lo suficiente sobre los métodos disponibles para mí
- 6 La clínica, la farmacia o la tienda no tenían el método de control de natalidad específico que quería
- 7 La clínica, la farmacia o la tienda no ofrecen control de la natalidad en absoluto
- 8 Mi receta se agotó y no la renové
- 9 No tenía un médico y, por lo tanto, no podía obtener una receta
- 10 No sabía dónde ir para obtener el control de la natalidad
- 11 Mi pareja no quería que usara anticonceptivos
- 12 Estaba pensando en quedar embarazada
- 13 Otra
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

STAFP3 En los últimos 12 meses, cuando vio a un médico (u otro proveedor de atención médica), ¿tuvo una conversación sobre su deseo de evitar el embarazo o quedar embarazada? Seleccione la respuesta que mejor represente su experiencia más reciente.

(923)

LEA SI ES NECESARIO: Ir al médico puede incluir visitas como un chequeo anual o una condición de salud específica no necesariamente relacionada con la salud reproductiva.

PLEASE READ:

- 1 Sí, lo mencioné con mi proveedor
- 2 Sí, mi proveedor lo trajo conmigo
- 3 No
- 4 No he visto a un médico en los últimos 12 meses

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STAFP4 La última vez que obtuviste el control de la natalidad, ¿cómo lo pagaste? (924-925)

LEA SOLOSI ES NECESARIO:

- 1 Mi seguro cubrió todo el costo
- 2 Mi seguro cubrió la mayor parte, pagó un copago
- 3 Pagué todo esto de mi bolsillo
- 4 La clínica me ayudó a pagarlo
- 5 Alguien más (amigo, familia, pareja) me ayudó a pagar por ello
- 6 Me inscribi en un ensayo clínico para obtenerlo

- 88 NO SE APLICA: MI MÉTODO NO ME REQUIERE QUE PAGUE NADA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

Consumo Excesivo de Alcohol

[CATI NOTE: ASK BINGE DRINKING QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF C10.03 IS \geq 1 BUT $<$ 77, CONTINUE. OTHERWISE, GO TO THE NEXT SECTION.]

Anteriormente, usted respondió que bebía [5 o más para los hombres, 4 o más para las mujeres] bebidas alcohólicas en al menos una ocasión en los últimos 30 días. Las siguientes preguntas son acerca de la ocasión más reciente cuando esto sucedió. Para estas preguntas, una bebida equivale a 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino, o una onza y media (un trago) de licor. Así que una cerveza de 40 onzas contaría como 3 bebidas, o una bebida de cóctel con 2 tragos contaría como 2 bebidas.

NOTA: Si se le pregunta 'ocasion' significa en una sola vez o dentro de unas pocas horas.

DRNKBER1 Durante la última ocasión en que bebió [5 o más para los hombres, 4 o más para las mujeres] bebidas alcohólicas, ¿cuántas cervezas, incluido el licor de malta, bebió?

(926-928)

-- NÚMERO CERVEZAS **[NOTA: 76 = 76 O MÁS]**

- 88 NINGUNA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

DRNKWIN1 En la misma ocasión, ¿cuántos vasos de vino bebió?

(929-931)

-- NÚMERO VASOS DE VINO **[NOTA: 76 = 76 O MÁS]**

- 88 NINGUNA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

DRNKLIQR En la misma ocasión, ¿cuántos vasos de licor, incluyendo cócteles, bebió?

(932-934)

-- NÚMERO VASOS DE LICOR **[NOTA: 76 = 76 O MÁS]**

- 88 NINGUNA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

DRNKPMIX En la misma ocasión, ¿cuántas otras bebidas premezcladas y aromatizadas bebió? Por eso, nos referimos a bebidas como limonada dura, enfriadores de vino, o hielo Smirnoff.

(935-937)

-- NÚMERO BEBIDAS MESCLADAS **[NOTA: 76 = 76 O MÁS]**

- 88 NINGUNA
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

DRNKLOC1 Durante esta ocasión más reciente, ¿dónde estaba usted cuando consumió la mayor parte de su bebida?

(938)

LEA SÓLO SI ES NECESARIO:

- 1 En su casa por ejemplo casa, apartamento, o dormitorio
- 2 En la casa de alguien más
- 3 En un restaurante o una fiesta

- 4 En un bar o centro nocturno
- 5 En un lugar público como parque, concierto o evento deportivo
- 6 OTRO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

BINGEDRV ¿Condujo un vehículo de motor, como un automóvil, camión o motocicleta durante o dentro de un par de horas de esta ocasión? (939)

NOTA: Para aquellos que tengan dudas a cerca de esta pregunta, conterstar 'Si' no significa que estamos diciendo que ellos estaban conduciendo borrachos o que hayan violado la ley.

- 1 SI
- 2 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK BINGEPAY ONLY IF RESPONSE TO DRNKLOC1 = 3 OR 4. OTHERWISE, GO TO NEXT SECTION.]

BINGEPAY Durante esta última ocasión, aproximadamente cuánto pagó por el alcohol que bebió? (940-943)

NOTA: Ingrese el monto en dólares solamente, redondee 50 centavos o más hasta el próximo dólar completo y disminuya 49 centavos o menos.

NOTA: Si alguien pregunta no tienen que incluir la cantidad que se gasto en propina

___ CANTIDAD TOTAL **[NOTA: 776 = 776 O MÁS.]**

- 888 NO PAGO NADA, LAS BEBIDAS FUERON GRATIS O ALGUIEN PAGO POR ELLAS
- 777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 999 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 24: Entrevista Del Breve Examen De Alcohol

[CATI NOTE: ASK MODULE 24, ALCOHOL SCREENING AND BRIEF INTERVIEW (ASBI), ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF C03.04 = 1 OR 2 (HAD A CHECKUP WITHIN THE PAST 2 YEARS)

CONTINUE, ELSE GO TO NEXT MODULE.]

Los proveedores de atención médica pueden preguntar durante las visitas de rutina sobre comportamientos como el consumo de alcohol, si usted bebe o no. Queremos saber sobre esas preguntas.

M24.01 Antes me dijo que su último chequeo de rutina fue [dentro del último año / dentro de los últimos 2 años]. En ese chequeo, ¿le preguntaron en persona o en un formulario si toma alcohol?

(410)

NOTA: El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho exámenes de salud rutinarios. Estamos colectando información sobre personas que toman o no toman bebidas alcohólicas.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M24.02 ¿Le preguntó el proveedor de atención médica en persona o en un formulario cuánto bebe?

(411)

NOTA: El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho exámenes de salud rutinarios. Estamos colectando información sobre personas que toman o no toman bebidas alcohólicas.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M24.03 ¿Le preguntó el proveedor de atención médica si tomó [5 para hombres / 4 para mujeres] o más bebidas alcohólicas en una ocasión?

(412)

NOTA: El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho exámenes de salud rutinarios. Estamos colectando información sobre personas que toman o no toman bebidas alcohólicas.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M24.04 ¿Le ofrecieron consejos sobre qué nivel de consumo de alcohol es perjudicial o peligroso para su salud?

(413)

NOTA: El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho exámenes de salud rutinarios. Estamos colectando información sobre personas que toman o no toman bebidas alcohólicas.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF M24.01, M24.02, OR M23.03 = 1 (YES) CONTINUE, ELSE GO TO NEXT MODULE.]

M24.05 Los proveedores de atención médica también pueden aconsejar a los pacientes que beban menos por varias razones. En su último chequeo de rutina, ¿se le recomendó reducir o dejar de beber?

(414)

NOTA: El enfoque de estas preguntas es para saber si su PROVEEDOR DE SALUD le ha preguntado en persona o en forma de papel cuando usted se ha hecho exámenes de salud rutinarios. Estamos colectando información sobre personas que toman o no toman bebidas alcohólicas.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 25: Marihuana

[CATI NOTE: ASK MODULE 25, MARIJUANA USE, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

M25.01 Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días usó marihuana o cannabis?

(415-416)

NOTA: La marihuana y el cannabis incluyen productos de CBD y THC.

-- NÚMERO DE DÍAS **[RANGO: 1 – 30]**

- | | | |
|----|--------------------------|----------------------|
| 88 | NINGUNA | [GO TO NEXT SECTION] |
| 77 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO NEXT SECTION] |
| 99 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO NEXT SECTION] |

M25.02 Durante los últimos 30 días, ¿en cuál de las siguientes formas usaste marihuana con más frecuencia? ¿Por lo general fue:

(417)

NOTA: Seleccione uno. Si el encuestado proporciona más de una opinión: '¿En qué forma lo usaste más a menudo?'

POR FAVOR LEER:

- 1 La fumó (por ejemplo, en una unión, bong, tubería o romo)
- 2 La comió (por ejemplo, en brownies, pasteles, galletas o dulces)
- 3 La bebió (por ejemplo, en té, refresco de cola o alcohol)
- 4 La vaporizó (por ejemplo, en un vaporizador similar a un cigarrillo electrónico u otro dispositivo de vaporización)
- 5 La usó en concentrado o 'dabbing' (por ejemplo, con ceras o concentrados)
- 6 La consumió de alguna otra manera

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M25.03 ¿Cuándo consumiste marihuana o cannabis durante los últimos 30 días? ¿Por lo general fue:

(418)

POR FAVOR LEER:

- 1 Sólo por razones médicas (como tratar o disminuir los síntomas de una condición de salud)
- 2 Sólo para fines no médicos (como divertirse o estar en forma)
- 3 Por motivos médicos y no médicos

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 30: Selección Aleatoria de Niños

[CATI NOTE: ASK MODULE 30, RANDOM CHILD SELECTION, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF C08.15 = 88 OR 99 (NO CHILDREN UNDER AGE 18 IN THE HOUSEHOLD, OR REFUSED), GO TO NEXT MODULE.]

[CATI NOTE: IF C08.15 = 1, INTERVIEWER PLEASE READ: ‘PREVIOUSLY, YOU INDICATED THERE WAS ONE CHILD AGE 17 OR YOUNGER IN YOUR HOUSEHOLD. I WOULD LIKE TO ASK YOU SOME QUESTIONS ABOUT THAT CHILD.’ GO TO M30.01.]

[CATI NOTE: IF C08.15 IS >1 AND C0Q8.15 DOES NOT EQUAL 88 OR 99, INTERVIEWER PLEASE READ: ‘PREVIOUSLY, YOU INDICATED THERE WERE [NUMBER] CHILDREN AGE 17 OR YOUNGER IN YOUR HOUSEHOLD. THINK ABOUT THOSE [NUMBER] CHILDREN IN ORDER OF THEIR BIRTH, FROM OLDEST TO YOUNGEST. THE OLDEST CHILD IS THE FIRST CHILD AND THE YOUNGEST CHILD IS THE LAST. PLEASE INCLUDE CHILDREN WITH THE SAME BIRTH DATE, INCLUDING TWINS, IN THE ORDER OF THEIR BIRTH.’]

[CATI NOTE: RANDOMLY SELECT ONE OF THE CHILDREN. THIS IS THE ‘XTH’ CHILD. PLEASE SUBSTITUTE ‘XTH’ CHILD’S NUMBER IN ALL QUESTIONS BELOW.]

Me gustaría hacerle algunas preguntas adicionales sobre un niño en particular. El niño al que nos referimos será el ‘X’ niño. **[CATI NOTE: PLEASE FILL IN CORRECT NUMBER] CHILD IN YOUR HOUSEHOLD. ALL FOLLOWING QUESTIONS ABOUT CHILDREN WILL BE ABOUT THE ‘XTH’ [CATI NOTE: PLEASE FILL IN] CHILD.**

M30.01 ¿En qué mes y año nació el ‘X’ niño? (624-629)

__ / ____ CODIFIQUE MES Y AÑO

77/7777 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
99/9999 SE NEGÓ A CONTESTAR

[CATI NOTE: CALCULATE THE CHILD’S AGE IN MONTHS (CHLDAGE1=0 TO 216) AND ALSO IN YEARS (CHLDAGE2=0 TO 17) BASED ON THE INTERVIEW DATE AND THE BIRTH MONTH AND YEAR USING A VALUE OF 15 FOR THE BIRTH DAY. IF THE SELECTED CHILD IS < 12 MONTHS OLD ENTER THE CALCULATED MONTHS IN CHLDAGE1 AND 0 IN CHLDAGE2. IF THE CHILD IS ≥ 12 MONTHS ENTER THE CALCULATED MONTHS IN CHLDAGE1 AND SET CHLDAGE2=TRUNCATE (CHLDAGE1/12).]

M30.02 ¿El niño en cuestión, es niño o niña? (630)

- 1 NIÑO
- 2 NIÑA

- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M30.03 ¿Es el niño hispano, latino, o de origen español? (631-634)

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: Si la respuesta es ‘Sí,’ pregunte: ¿es...?

NOTA: Es posible seleccionar una o más categorías.

POR FAVOR LEER:

- 1 Mexicano, Mexicoamericano, Chicano/a
- 2 Puertorriqueño
- 3 Cubano
- 4 De otro origen Latino, o Hispano, o Español **[GO TO UT30.3c]**
- 5 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK UT30.3c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

UT30.3c Usted identifica su niño como ‘De otro origen Latino, o Hispano, o Español,’ Es el niño:

(944-947)

NOTA: Es posible seleccionar una o más categorías.

POR FAVOR LEER:

- 1 Dominicano/a
- 2 Centro Americano/a
- 3 Sudamericano/a
- 4 De otro origen Latino, o Hispano, o Español
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M30.04 ¿Cuál o cuáles de los siguientes diría usted que es el grupo racial del niño?

Diría usted que ... Blanco, Negro o afroamericano, Indioamericano o nativo de Alaska, Asiático o Isleño del Pacífico ?

(635-662)

NOTA: IF ASIAN ASK: Indoasiático, Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, o otro Asiático.

NOTA: IF PACIFIC ISLANDER ASK: Nativo de Hawái, Guameño o Chamorro, Samoano, o otro Isleño del Pacífico.

NOTA: Es posible seleccionar una o más categorías.

- 10 BLANCO

- 20 NEGRO O AFROAMERICANO
- 30 INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA
- 40 ASIÁTICO
 - 41 INDOASIÁTICO
 - 42 CHINO
 - 43 FILIPINO
 - 44 JAPONÉS
 - 45 COREANO
 - 46 VIETNAMITA
 - 47 OTRO ORIGEN ASIÁTICO
- 50 ISLEÑO DEL PACÍFICO
 - 51 NATIVO DE HAWÁI
 - 52 GUAMEÑO O CHAMORRO
 - 53 SAMOANO
 - 54 OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO [GO TO UT30.4c]
- 60 OTRO (ESPECIFIQUE)
- 88 DO NOT USE
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK UT30.4c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

UT30.4c Usted identifica su niño como ‘Otro Isleño del Pacífico.’ Es el niño: (948)

POR FAVOR LEER:

- 1 Tongano
- 2 De otras islas del Pacífico
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M30.05 ¿Cuál de los siguientes grupos diría usted que es el más representativo de la raza del niño?

(663-664)

NOTA: Si se selecciona 40 (Asiático) o 50 (Isleño del Pacífico), lea y codifique la subcategoría bajo el título principal.

- 10 BLANCO
- 20 NEGRO O AFROAMERICANO

- 30 INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA

- 40 ASIÁTICO
 - 41 INDOASIÁTICO
 - 42 CHINO
 - 43 FILIPINO
 - 44 JAPONÉS
 - 45 COREANO
 - 46 VIETNAMITA
 - 47 OTRO ORIGEN ASIÁTICO

- 50 ISLEÑO DEL PACÍFICO
 - 51 NATIVO DE HAWÁI
 - 52 GUAMEÑO O CHAMORRO
 - 53 SAMOANO
 - 54 OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO [GO TO UT30.5c]

- 60 OTRO
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK UT30.5c ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

UT30.5c Usted identifica su niño como ‘Otro Isleño del Pacífico.’ Es el niño: (949)

POR FAVOR LEER:

- 1 Tongano
- 2 De otras islas del Pacífico

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

M30.06 ¿Qué relación tiene usted con el niño? Diría usted que... (665)

POR FAVOR LEER:

- 1 Padre o madre (incluya padre o madre biológicos, padrastro o madrastra, o padre o madre adoptivos)
- 2 Abuelo o abuela
- 3 Tutor legal o padre sustituto (*foster parent*)
- 4 Hermano o hermana (incluya hermano o hermana biológicos, hermanastro o hermanastra o hermano o hermana adoptivos)
- 5 Otro familiar
- 6 No tiene ninguna relación

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Módulo 31: Prevalencia del Asma Infantil

[CATI NOTE: ASK MODULE 31, CHILDHOOD ASTHMA PREVALENCE, ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

[CATI NOTE: IF RESPONSE TO C08.15 = 88 (NONE) OR 99 (REFUSED), GO TO STATE-ADDED QUESTIONS.]

Las siguientes dos preguntas son acerca del 'X' **[CATI NOTE: PLEASE FILL IN CORRECT NUMBER]** niño en su casa.

M31. 01 ¿ALGUNA VEZ un médico, un enfermero, u otro profesional de la salud le ha dicho que el niño tenía asma? (666)

- 1 SÍ
- 2 NO **[GO TO STATE-ADDED QUESTIONS]**
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO STATE-ADDED QUESTIONS]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO STATE-ADDED QUESTIONS]**

M31. 02 ¿El niño aún tiene asma? (667)

- 1 SÍ
- 2 NO
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Preguntas Adicionales del Estado

Tratamiento de la Hepatitis C

[CATI NOTE: ASK HEPATITIS C TREATMENT QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

STHPTX1 ¿Alguna vez te has hecho un análisis de sangre para la hepatitis C? (950)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STHPTX2 ¿Alguna vez le ha dicho un doctor o otro proveedor de salud que tenía hepatitis C? (951)

NOTA: La hepatitis C es una infección del hígado causada por el virus de la hepatitis C.

- 1 SÍ
- 2 NO [GO TO NEXT SECTION]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO [GO TO NEXT SECTION]
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR [GO TO NEXT SECTION]

STHPTX3 ¿Recibió tratamiento para la hepatitis C en 2015 o después? (952)

NOTA: La mayoría de los tratamientos para la hepatitis C ofrecidos en 2015 o después fueron medicamentos o píldoras orales. Incluyendo Harvoni, Viekira, Zepatier, Epclusa y otros.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STHPTX4 ¿Recibió tratamiento para la hepatitis C antes de 2015? (953)

NOTA: La mayoría de los tratamientos para la hepatitis C ofrecidos antes de 2015 fueron inyecciones y píldoras administradas semanalmente o con mayor frecuencia durante muchos meses.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STHPTX5 ¿Todavía tiene hepatitis C?

(954)

NOTA: Es posible que todavía tenga hepatitis C y se sienta saludable. Su sangre debe ser examinada nuevamente para determinar si todavía tiene hepatitis C.

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Suicidio

[CATI NOTE: ASK SUICIDALITY QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

Le voy a hacer algunas preguntas sobre el suicidio. El suicidio puede ser un tema delicado y nos damos cuenta de que este tema puede generar experiencias de las cuales algunas personas pueden desearían hablar. Si usted o alguien que conoce desea hablar con un consejero capacitado, puede llamar a una línea directa de crisis nacional gratuita. Le daré el número de teléfono de la línea directa al final de esta sección.

STSUCON Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez considero seriamente intentar suicidarme?

(955)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STSUATT Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha intentado suicidarme?

(956)

- 1 0 VECES
- 2 1 VEZ
- 3 2 O 3 VECES
- 4 4 O 5 VECES
- 5 6 O MÁS VECES

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STSUCLOS Nos damos cuenta de que este tema puede traer experiencias pasadas de las que algunas personas deseen hablar. Si usted o alguien que conoce desea hablar con un consejero capacitado, llame al 1-800-273-8255. Este número es una llamada gratuita. ¿Quiere que le repita este número?

(957)

NOTA: Si la respuesta es 'Sí,' diga 'Puede llamar al 1-800-273-8255.'

- 1 Sí
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Escala de Aislamiento Social Percibida

[CATI NOTE: ASK PERCEIVED SOCIAL ISOLATE SCALE QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

Ahora le voy a leer una serie de frases acerca de su interacción con otras personas. Por favor responda si nunca, raramente, algunas veces, seguido, o siempre esta de acuerdo con estas frases.

STPSIS1 En los últimos siete días, me he sentido excluido. Usted diría...

(958)

POR FAVOR LEER:

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Algunas veces
- 4 Seguido
- 5 Siempre

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STPSIS2 En los últimos siete días, sentí que la gente apenas me conoce. Usted diría...

(959)

POR FAVOR LEER:

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Algunas veces

- 4 Seguido
- 5 Siempre

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STPSIS3 En los últimos siete días, me he sentido aislado de los demás. Usted diría... (960)

POR FAVOR LEER:

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Algunas veces
- 4 Seguido
- 5 Siempre

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STPSIS4 En los últimos siete días, me he sentido que las personas están a mi alrededor pero no conmigo. Usted diría... (961)

POR FAVOR LEER:

- 1 Nunca
- 2 Raramente
- 3 Algunas veces
- 4 Seguido
- 5 Siempre

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

La Violencia de Pareja

[CATI NOTE: ASK ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22 OF MEN AND WOMEN.]

STIPV0i Las siguientes preguntas son acerca de distintos tipos de violencia en relaciones con una persona con quien tenía o tiene una relación íntima. Al decir persona con quien tenía o tiene una relación íntima me refiero a cónyuge o novio/a, ya sea actual o pasado. Alguien con quien estaba saliendo o tenía una relación romántica o sexual con usted también se considera persona con quien tenía una relación íntima. Esta información nos permitirá comprender mejor el problema de la violencia en las relaciones.

Este es un tema muy delicado. Algunas personas pueden sentirse incómodas con estas preguntas. Luego de finalizar esta sección le daré los números telefónicos de las organizaciones que pueden proporcionarle información y otros recursos relativos a estos temas. Por favor, recuerde que si no está en un sitio seguro, puede pedirme que pase a la siguiente pregunta si prefer no contestar la que le estoy formulando.

¿Está en un sitio seguro para contestar estas preguntas? (962)

- 1 SÍ
- 2 NO [GO TO STIPVCLS]

STIPV1 ¿Una persona con quien tenía una relación íntima ALGUNA VEZ le pegó, empujó, pateó o hirió de algún otro modo? (963)

- 1 SÍ
- 2 NO [GO TO STIPVCLS]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STIPV2 Durante los últimos 12 meses, una pareja íntima le empujó, pegó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de alguna otra manera? (964)

- 1 SÍ
- 2 NO [GO TO STIPVCLS]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STIPV3 Cuando fue lastimado/a físicamente por una pareja íntima durante los últimos 12 meses, ¿recibió ayuda? (965)

- 1 SÍ
- 2 NO [GO TO STIPV5]

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STIPV4 Voy a leer una lista de personas y lugares en los que algunas personas reciben ayuda cuando son heridos físicamente. Para cada una, por favor dígame si fue la persona o lugar quien le ayudo o donde recibió ayuda cuando fue herido/a físicamente por su pareja durante los últimos 12 meses.

¿Recibio ayuda de?

(966-983)

LEA POR FAVOR, SELECCIONE TODOS LOS QUE SE APLICAN:

- 01 Un miembro de la familia o amigo
- 02 Una sala de emergencia o centro médico de atención de urgencia
- 03 Un proveedor de atención médica
- 04 Un consejero, terapeuta o trabajador social
- 05 Un consejero religioso
- 06 Policía
- 07 Un jefe o compañero de trabajo
- 08 Número de tel. de violencia doméstica del estado (1-800-897-LINK)
- 09 Otro

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

STIPV5 Voy a leer una lista de razones que impiden que algunas personas reciban ayuda cuando son heridos físicamente por su pareja. Para cada una, por favor dígame si fue una razón que le impidió recibir ayuda durante los últimos 12 meses.

Fue porque...

(984-1003)

LEA POR FAVOR, SELECCIONE TODOS LOS QUE SE APLICAN:

- 01 No sabía dónde obtener ayuda
- 02 Usted no tiene el dinero para pagar los servicios
- 03 Tenías miedo de que la persona que la lastimó físicamente se enterara
- 04 Usted pensó que era su culpa que le lastimaron físicamente
- 05 Usted pensó que el abuso pararía
- 06 No tenía a alguien que cuidara a sus hijos
- 07 Tenía miedo de que alguien quitara a sus hijos
- 08 No tenía cómo llegar al lugar
- 09 No quería ninguna ayuda
- 10 Otro

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

STIPVCLS Estamos conscientes de que este tema puede hacerle recordar experiencias pasadas de las que algunas personas pueden desear hablar. Si usted o alguien que conoce desea hablar con un consejero capacitado, por favor llame al 1-888-421-1100. Es una llamada gratuita. ¿Le gustaría que le repita este número?

(1004)

NOTA: Si la respuesta es 'Sí,' diga 'Puede llamar al 1-888-421-1100.'

- 1 Sí
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Seguro y Acceso

[CATI NOTE: ASK INSURANCE AND ACCESS QUESTIONS ON QUESTIONNAIRE PATHS 12/22.]

[CATI NOTE: ALL QUESTION NAMES BEGINNING WITH A 'K' WILL BE ASKED ABOUT THE RANDOMLY SELECTED CHILD. IF C03.01 = 1, 7, OR 9, ASK COVTYPE. OTHERWISE, GO TO KCOVTYPE.]

NOTA: La introducción a las preguntas de 'Seguro y Acceso' cambia dependiendo de cómo el respondiente respondió a la pregunta clave del seguro de salud y si tiene o no un hijo en el hogar.

A continuación, me gustaría hacerle algunas preguntas sobre su cobertura [y de su hijo] de seguro de salud.

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF C03.01 = 1, READ: 'EARLIER, YOU SAID YOU DID HAVE HEALTHCARE COVERAGE.']

[CATI/INTERVIEWER NOTE: IF C03.01 = 2, READ: 'EARLIER, YOU SAID YOU DID NOT HAVE ANY HEALTHCARE COVERAGE. THERE ARE SOME TYPES OF PLANS YOU MAY NOT HAVE CONSIDERED.']

[CATI NOTE: ALLOW MULTIPLE RESPONSES TO BE SELECTED.]

COVtype Está ACTUALMENTE cubierto por cualquiera de los siguientes tipos de seguro médico o planes de cobertura médica?

(1005-1018)

NOTA: Si el encuestado dice 'a través de Federal Health Exchange healthcare.gov, pregunte si el seguro se compró en forma privada ('02') o a través de Medicaid ('04').

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

POR FAVOR LEER:

- 01 Un plan que compra a través de un empleador o sindicato (incluye planes prepagados a través del empleador de otra persona)
- 02 Un plan que usted u otro miembro de la familia compra por su cuenta
- 03 Medicare
- 04 Medicaid u otro programa estatal

- 05 TRICARE (anteriormente CHAMPUS), VA, o Military
- 06 Nativo de Alaska, Servicio de Salud Indígena, Servicios de Salud Tribales
- 07 Alguna otra fuente
- 08 Ninguno (sin cobertura)

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK ONLY OF 18-YEAR-OLD RESPONDENTS.]

CHIP El programa de salud para los niños de Utah, (CHIP) es un programa para niños de padres que trabajan, pero sus niños no están asegurados o quienes ganan demasiado para calificar para los beneficios de Medicaid. ¿Tiene cobertura de CHIP?

(1019)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF NO SELECTED CHILD, GO TO INSTRUCTIONS BEFORE WHY.]

[CATI NOTE: ALLOW MULTIPLE RESPONSES TO BE SELECTED.]

KCOVtype Está el niño(a) ACTUALMENTE cubiertos por cualquiera de los siguientes tipos de seguro de salud o cobertura de plan de salud?

(1020-1035)

NOTA: Si el encuestado dice 'a través de Intercambio Federal de Salud healthcare.gov, pregunte si el seguro se compró en forma privada ('02') o a través de Medicaid ('04').

NOTA: El programa de salud para los niños de Utah, (CHIP) es un programa para niños de padres que trabajan, pero sus niños no están asegurados o quienes ganan demasiado para calificar en los beneficios de Medicaid.

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

POR FAVOR LEER:

- 01 Un plan que compra a través de un empleador o sindicato (incluye planes prepagados a través del empleador de otra persona)
- 02 Un plan que usted u otro miembro de la familia compra por su cuenta
- 03 Medicare
- 04 Medicaid u otro programa estatal
- 05 El Programa de Seguro de Salud para Niños de Utah o CHIP
- 06 TRICARE (anteriormente CHAMPUS), VA, o Military

- 07 Nativo de Alaska, Servicio de Salud Indígena, Servicios de Salud Tribales
- 08 Alguna otra fuente
- 09 Ninguno (sin cobertura)

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI/INTERVIEWER NOTE: THE INSURANCE STATUS OF THE CHILD IS NOW DETERMINED. 0 = UNDETERMINED, 1 = INSURED, 2 = UNINSURED. THE CHILD IS INSURED IF 'KCOVTYPE' = 01-08. THE CHILD IS UNINSURED IF 'KCOVTYPE' = 09. THE CHILD'S INSURANCE STATUS IS UNDETERMINED IF 'KCOVTYPE' = 77 OR 99. CHILDREN WITH INSURANCE STATUS = 1 (INSURED) WILL SKIP TO 'KHLTHEX'; CHILDREN WITH INSURANCE STATUS = 2 (UNINSURED) WILL SKIP TO 'KUNINS'; AND CHILDREN WITH INSURANCE STATUS = 0 (UNDETERMINED) WILL SKIP TO NEXT SECTION.]

[CATI/INTERVIEWER NOTE: THE INSURANCE STATUS OF THE ADULT IS NOW DETERMINED. 0 = UNDETERMINED, 1 = INSURED, 2 = UNINSURED. THE ADULT IS INSURED IF 'COVTYPE' = 01-07. THE ADULT IS UNINSURED IF 'COVTYPE' = 08 AND C03.1 = 1 OR 2. THE ADULT'S INSURANCE STATUS IS UNDETERMINED IF 'COVTYPE' = 77 OR 99 OR ('COVTYPE' = 08 AND C03.1 = 7 OR 9). ADULTS WITH INSURANCE STATUS = 1 (INSURED) WILL SKIP TO 'HLTHEX' (THEN ASK 'KHLTHEX,' IF IT APPLIES); ADULTS WITH INSURANCE STATUS = 2 (UNINSURED) WILL SKIP TO 'UNINS' (AFTER BEING ASKED THE NEXT 'K' QUESTIONS, IF APPLICABLE); AND ADULTS WITH INSURANCE STATUS = 0 (UNDETERMINED) WILL SKIP TO 'EMPLOYED,' IF IT APPLIES.]

- HLTHEX** ¿Su cobertura es a través del Intercambio Federal de Salud healthcare.gov?
(1036)
- 1 Sí
 - 2 NO

 - 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 - 9 SE NIEGA A CONTESTAR

- KHLTHEX** ¿La cobertura del niño/a es a través del Intercambio Federal de Salud healthcare.gov?
(1037)
- 1 Sí
 - 2 NO

 - 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
 - 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI/INTERVIEWER NOTE: UNINSURED ADULTS WILL BE ASKED 'UNINS' AND 'WHY' QUESTIONS; UNINSURED CHILDREN ARE ASKED 'KUNINS' AND 'KWHY' QUESTIONS. INSURED ADULTS WILL SKIP TO 'KUNINS,' IF APPLICABLE, AND NOT BE ASKED

‘UNINS’ AND ‘WHY’ QUESTIONS. INSURED CHILDREN WILL NOT BE ASKED ‘KUNINS’ AND ‘KWHY’ QUESTIONS.]

UNINS	¿Por cuántos meses ha estado usted sin seguro médico?		(1038-1039)
00	Menos de 4 semanas	[GO TO WHY]	
01-60	PON # DE MESES	[GO TO WHY]	
61	Más de 5 años	[GO TO WHY]	
77	NO SABE / NO ESTÁ SEGURO	[GO TO WHY]	
99	SE NIEGA A CONTESTAR	[GO TO WHY]	

KUNINS	¿Por cuántos meses ha estado el niño(a) sin seguro médico?		(1040-1041)
00	Menos de 4 semanas	[GO TO KWHY]	
01-60	PON # DE MESES	[GO TO KWHY]	
61	Más de 5 años	[GO TO KWHY]	
77	NO SABE / NO ESTÁ SEGURO	[GO TO KWHY]	
99	SE NIEGA A CONTESTAR	[GO TO KWHY]	

[CATI NOTE: DISPLAY WORDS IN BRACKETS IF THERE IS MORE THAN 1 ADULT LIVING IN THE HOUSEHOLD.]

[CATI NOTE: ALLOW MULTIPLE RESPONSES TO BE SELECTED.]

WHY	Voy a leerle una lista de razones por las que podría estar sin seguro médico. Por favor, dígame cuáles son sus razones. ¿No tiene seguro porque...	(1042-1059)
------------	--	-------------

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

POR FAVOR LEER:

- 1 El empleador de usted [o de otra persona] no ofrece seguro de salud
- 2 Usted [o alguien más en su casa] perdido un trabajo o cambió de trabajo
- 3 Usted [o alguien de la familia] es un empleado temporal
- 4 Usted [o alguien en el hogar] trabaja por cuenta propia
- 5 Las primas cuestan demasiado
- 6 Está sano y decidió que sería mejor estar sin seguro
- 7 La compañía de seguros se negó a cubrirle
- 8 Ha perdido la elegibilidad de Medicaid o CHIP
- 66 Alguna otra razón
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF NO CHILDREN OR CHILD IS INSURED, GO TO ‘EMPLOYED.’]

[CATI NOTE: DISPLAY WORDS IN BRACKETS IF THERE IS MORE THAN 1 ADULT LIVING IN THE HOUSEHOLD.]

KWHY Ahora me gustaría preguntarle acerca de las razones por que el niño(a) podría estar sin seguro. Voy a leerle una lista de razones, por favor, dígame cuales son las razones para el niño(a). ¿Está el niño(a) sin seguro porque... (1060-1077)

NOTA: Seleccione todas las que correspondan.

POR FAVOR LEER:

- 1 El empleador de usted [o de otra persona] no ofrece seguro de salud para el niño(a)
- 2 Usted [o alguien más en su casa] perdido un trabajo o cambió de trabajo
- 3 Usted [o alguien de la familia] es un empleado temporal
- 4 Usted [o alguien en el hogar] trabaja por cuenta propia
- 5 Las primas cuestan demasiado
- 6 El niño(a) está sano y están seguros de que [él / ella] está mejor sin seguro medico
- 7 La compañía de seguros se negó a cubrir [él / ella]
- 8 El niño(a) perdido la elegibilidad de Medicaid o CHIP
- 66 Alguna otra razón

- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF ‘UNINS’>12 MONTHS (THE ADULT HAS BEEN UNINSURED FOR MORE THAN 12 MONTHS), GO TO ‘EMPLOYED.’]

[CATI NOTE: If C08.14 = 3, 4, 5, 6, 7, 8, or 9, go to ‘EMPLOYED.’ If C08.14 = 1 or 2, go to ‘HOURSWKD.’]

EMPLOYED Voy a hacerle algunas preguntas sobre actividades relacionadas con el trabajo. ¿Hace cualquier trabajo por una remuneración o beneficencia? (1078)

NOTA: Si el entrevistado le pregunta porque nos preguntan sobre el empleo diga: ‘Al preguntar sobre el empleo y donde la gente trabaja, el Departamento de Salud esta tratando de entender más acerca de las compañías que ofrecen seguro de salud.’

NOTA: Si el entrevistado dice que han estado de vacaciones recientemente, todavía es necesario para obtener información sobre el empleo. ¿Pregunte ‘En la actualidad trabaja por una remuneración o beneficio?’

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------|
| 1 | SÍ | [GO TO HOURSWKD] |
| 2 | NO | [GO TO NEXT SECTION] |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO | [GO TO HOURSWKD] |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR | [GO TO HOURSWKD] |

[CATI NOTE: IF 'EMPLOYED' = 1, 7, OR 9, GO TO 'HOURSWKD.' IF 'EMPLOYED' = 2, GO TO NEXT SECTION.]

[CATI NOTE: IF C08.14 = 1 OR 2, SHOW 'EARLIER YOU SAID YOU ARE [FILL IN WITH EITHER 'EMPLOYED FOR WAGES' OR 'SELF-EMPLOYED'].

HOURSWKD ¿Cuántas horas por semana trabaja USUALMENTE en su trabajo principal?
(1079-1080)

NOTA: Si el entrevistado pregunta por qué significa 'trabajo principal,' diga 'Por 'trabajo principal,' me refiero a aquél en el que usualmente trabaja más horas.'

__ _ Horas **[NOTA: 70 = 70 HORAS O MÁS.]**

- | | |
|----|--------------------------|
| 77 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURO |
| 99 | SE NIEGA A CONTESTAR |

Inseguridad Alimentaria / Estampillas de Comida

[CATI NOTE: ASK FOOD INSECURITY/FOOD STAMP QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

STSF2 ¿Con qué frecuencia en los últimos 12 meses diría que estuvo preocupado o estresado porque no tenía suficiente dinero para comprar alimentos nutritivos? Diría usted que...
(1081)

POR FAVOR LEER:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 | Siempre |
| 2 | Usualmente |
| 3 | Algunas veces |
| 4 | Raramente |
| 5 | Nunca |
| 8 | NO APLICABLE |
| 7 | NO SABE / NO ESTÁ SEGURA |
| 9 | SE NIEGA A CONTESTAR |

STSF1 En los últimos 12 meses, cuantos meses alguien en su familia recibió ayuda del Programa FEDERAL de alimentos, como SNAP, WIC, y programas de almuerzos

gratuitos y reducidos? No incluya 'Comidas Sobre Ruedas,' o bragas de alimentos, bancos de alimentos, comedores populares, bienestar de la iglesia, programas de mochila o cualquier otro alimento caritativo. Diría usted que...

(1082)

NOTA: Ejemplos de programas federales de asistencia alimentaria son: Programa de Alimentación Suplementaria de Productos Básicos, Programa de Distribución de Alimentos para Reservas Indígenas, Programa de Asistencia Alimentaria de Emergencia, Programa de Desayuno Escolar, Programa de Leche Especial, y Programa de Servicio de Alimentos de Verano.

POR FAVOR LEER:

- 1 Todos los meses
- 2 Algunos meses
- 3 Menos de un mes
- 4 Nunca

- 8 NO APLICABLE
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STFS3 En los últimos 12 meses, ¿cuántos meses recibió alguien en su hogar los beneficios de cualquier fuente de alimento NO FEDERAL como 'Comidas con Ruedas,' despensas de alimentos, bancos de alimentos, comedores sociales, programas de ayuda social, programas de mochilas o cualquier otro recurso alimenticio caritativo?

(1083)

Diría usted que...

POR FAVOR LEER:

- 1 Todos los meses
- 2 Algunos meses
- 3 Menos de un mes
- 4 Nunca

- 8 NO APLICABLE
- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Uso de la Acera

[CATI NOTE: ASK SIDEWALK USAGE QUESTIONS ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

STSWK La siguiente pregunta es acerca de las aceras en su comunidad, lugares fuera de la carretera que son una superficie sólida, no tierra. Si hubiera más aceras en su comunidad, ¿las usaría?

(1084)

NOTA: El propósito de esta pregunta es determinar si el encuestado camina (puede incluir el uso de un andador u otro dispositivo de movilidad) o rueda (es decir, usa una silla de ruedas) en una acera de la comunidad. Si el encuestado indica que usa un vehículo, como un scooter, una bicicleta, una tabla flotante, etc., en una acera, codifique la respuesta como 'Otro'.

- 1 SÍ
- 2 NO
- 3 OTRO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURA
- 8 HAY SUFICIENTES EN MI COMUNIDAD
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Dolor Crónico

[CATI NOTE: ASK CHRONIC PAIN QUESTIONS BOTH QUESTIONNAIRE PATHS.]

STCHRPN1 ¿Sufre usted de algún tipo de dolor crónico, es decir, de dolor que se produce constantemente o se aparece con frecuencia?

(1085)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STCHRPN2 Los opioides son medicamentos que alivian el dolor. Algunos opioides como la hidrocodona y la morfina pueden ser prescritos por un proveedor de atención médica. Otros opioides como la heroína no pueden ser recetados. ¿Utiliza medicamentos para el dolor prescritos a usted por un médico para tratar dolor?

(1086)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Prevención de la Sobredosis Opiácea

[CATI NOTE: ASK OPIOID OVERDOSE PREVENTION QUESTIONS EXCEPT PPM7 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS. ASK PPM7 ON QUESTIONNAIRE PATH 12/22 ONLY.]

STPDRU5 Naloxona, también llamado Narcan, es un medicamento que puede revertir las sobredosis de los medicamentos recetados para el dolor o la heroína. ¿Alguna vez ha oído hablar de este medicamento? (1087)

NOTA: La naloxona se pronuncia 'Na-lahx-own.'

- 1 Sí
- 2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

PPM11 ¿Esta usted informado/a de que cualquier persona puede obtener una receta para Naloxone? (1088)

- 1 Sí
- 2 NO **[GO TO NEXT SECTION]**

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO **[GO TO NEXT SECTION]**
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR **[GO TO NEXT SECTION]**

PPM13 ¿Ha utilizad esta receta para revertir una sospecha de sobredosis? (1089)

- 1 Sí
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK PPM7 ON QUESTIONNAIRE PATH 12/22 ONLY.]

PPM7 ¿Conoce la Ley del buen samaritano del 911 que permite a los transeúntes reportar una sobredosis de drogas sin temor a un proceso penal por posesión ilegal? (1090)

- 1 Sí
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

Preguntas sobre el Uso del Tabaco en Utah

[CATI NOTE: ASK ALL UTAH TOBACCO USE QUESTIONS EXCEPT STSMK7 AND STSMK9 ON BOTH QUESTIONNAIRE PATHS. ASK STSMK7 AND STSMK9 ON QUESTIONNAIRE PATH 12/22 ONLY.]

[CATI NOTE: IF C09.02 = 1 OR 2 ('EVERYDAY' OR 'SOME DAYS'), THEN RESPONDENT HAS A STATUS OF 'CURRENT SMOKER' AND CONTINUE. OTHERWISE, GO TO STSMK3.]

STSMK2 Para la próxima pregunta, yo voy a leerle una serie de posibles respuestas. Por favor, responda 'Si' o 'No' para cada pregunta. Usted planea dejar de fumar... (1091)

NOTA: Pause entre cada categoría de respuesta para permitir a los encuestados a responder 'Si' o 'No' a cada categoría. Ingrese el código de respuesta para el primer 'Si' y luego continúe a la siguiente pregunta.

- 1 En los próximos 7 días
- 2 En los próximos 30 días
- 3 En los próximos 6 meses
- 4 En el próximo año
- 5 En más de un año a partir de ahora
- 6 No piensas dejar de fumar

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: IF C09.02 = 1 OR 2 ('EVERYDAY' OR 'SOME DAYS') OR IF C09.04 < 05 (RESPONDENT QUIT SMOKING IN THE PAST YEAR), CONTINUE TO STSMK3. OTHERWISE, GO TO SMKAD2.]

Las siguientes preguntas se refieren a las interacciones con un médico, enfermera u otro profesional de la salud.

STSMK3 En los últimos 12 meses, ¿ha visto a un doctor, enfermera u otro profesional de la salud para obtener algún tipo de cuidado para usted mismo(a)? (1092)

- 1 Sí **[GO TO SMKAD2]**
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STSMK4 En los últimos 12 meses, ¿un doctor, enfermera u otro profesional de la salud le a consejo que deje de fumar? (1093)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STSMK5 ¿Su doctor, enfermera u otro profesional de salud le recomendó o hablo de medicamentos para ayudarle a dejar de fumar, como el chicle de nicotina, parche, atomizador nasal, inhalador, pastillas, o medicamentos de prescripción como Wellbutrin/Zyban/Bupropion? (Well BYOU trin/ZEYE ban/byou PRO pee on)? (1094)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STSMK6 Su doctor o proveedor de salud le recomendó o hablo de clases para cesar de fumar, o de un número de teléfono para dejar de fumar, o consejería uno a uno de un proveedor de salud para ayudarle a dejar de fumar? (1095)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

SMKAD2 En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha visto los anuncios en la televisión o en línea alentando a los fumadores a dejar de fumar o sobre los peligros de fumar? Diría usted que... (1096)

NOTA: En línea incluye el uso de Internet en computadoras de escritorio, tabletas y teléfonos.

POR FAVOR LEER:

- 1 Nunca
- 2 Alrededor de una vez o dos veces en los últimos 30 días
- 3 Una vez a la semana
- 4 Varias veces a la semana

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

[CATI NOTE: ASK STSMK7 AND STSMK9 ON QUESTIONNAIRE PATH 12/22 ONLY.]

STSMK7 En los últimos 30 días, alguien, incluido usted, ha fumado puros, cigarrillos, o pipas en algún lugar dentro de su hogar?

(1097)

- 1 SÍ
- 2 NO

- 7 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 9 SE NIEGA A CONTESTAR

STSMK9 La siguiente pregunta es acerca del humo que usted podría haber respirado porque otra persona estaba fumando, ya fuera dentro, al aire libre, en un vehículo, o en cualquier otro lugar.

¿En cuántos de los últimos 7 días, ¿respiro humo de tabaco del cigarrillo, puro, pipa o cualquier otro producto del tabaco de alguien que no sea usted?

(1098-1099)

-- NUMERO DE DÍAS [RANGO: 1-7]

- 88 NINGUNO
- 77 NO SABE / NO ESTÁ SEGURO
- 99 SE NIEGA A CONTESTAR

Salud en General

[CATI NOTE: ASK OVERALL HEALTH QUESTION ON QUESTIONNAIRE PATH 11/21 ONLY.]

STOHLTH ¿Cuáles diría que son los tres problemas principales de salud física y mental que enfrentan ahora a usted, su familia, y/o su comunidad en este momento?

(1100-1358)

NOTA: Si el encuestado dice 'No sé,' 'No puedo pensar en nada,' o 'No tengo ninguna preocupación,' escriba 'No sé.'

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Guion para Pedir Permiso para Volver a Llamar y Preguntar Sobre el Asma

Quisiéramos llamarle de nuevo dentro de 2 semanas para hablar con más detalle de la experiencia (de usted/de su niño) con el asma. La información se utilizará para ayudar a crear y mejorar programas contra el asma en Utah. La información que nos dio el día de hoy y la que nos dará en el futuro se mantendrá confidencial.

Si usted está de acuerdo con esto, mantendremos su nombre o sus iniciales y número de teléfono en un expediente separado de las respuestas que obtuvimos hoy. Aun cuando acepte hoy, usted o otros pueden decidir no participar en el futuro. ¿Le parece bien que le llamemos de nuevo en una fecha posterior para hacerle preguntas adicionales sobre el asma?

(668)

- 1 SÍ
- 2 NO

¿Por favor, me da su primer nombre, iniciales, o apodo (de usted/de su niño) para saber por quién preguntar cuando volvamos a llamar?

_____ Note el primer nombre, iniciales, o apodo

¿Cual hora seria mejor para regresar esta llamada? Tal como, durante las noches, durante los días o durante los fines de semana? _____

Selección para Llamada de Seguimiento Sobre el Asma

Qué persona en el hogar fue seleccionado para volver a llamar para el cuestionario de seguimiento de asma?

(669)

- 1 ADULTO
- 2 NIÑO

Pregunta de Seguimiento del Estado

[CATI NOTE: IF RESPONDENT OR THEIR CHILD HAS ASTHMA (THEY WERE ASKED AFU1), GO TO THE CLOSING STATEMENT.]

STFU1 De vez en cuando, programas en el Departamento de Salud de Utah desean realizar encuestas de seguimiento sobre problemas de salud específicos. ¿ Podria darme su nombre o iniciales para poder preguntar especificamente por usted si llegamos a contactarlo en el futuro? Usted puede informarnos en ese momento si no desea participar en la encuesta.

(1359)

NOTA: Si el encuestado le pide ejemplos, diga uso de tabaco o lesión cerebral traumática.

- 1 Sí **[GO TO STFU2]**
- 2 NO (No desea dar nombre o iniciales, pero no se niega específicamente a ser contactado para una encuesta de seguimiento)

- 9 SE NIEGA A CONTESTAR (No desea ser contactado para una encuesta de seguimiento)

STFU2 ¿Cuál es su primer nombre o sus iniciales? [¿Podrías deletrear eso para mí, por favor?]

(1360-1384)

Declaración Final

Esa fue mi última pregunta. Las respuestas de todas las personas encuestadas se combinarán de modo que nos ayuden proveer información sobre las prácticas de salud de la población de este estado. Muchas gracias por su tiempo y cooperación.

Lista de Actividades Físicas de Recreación Comunes

Para usarse en la Sección 11: Ejercicio (Actividad Física)

Descripción del código (Actividad física, preguntas C13.02 y C13.05 anteriores)

- | | |
|--|---|
| 01 Dispositivos de juegos interactivos (Wii Fit, Dance, Dance revolution) | 39 Saltar la cuerda |
| 02 Video o clase de ejercicios aeróbicos | 40 Remar con máquina de ejercicio |
| 03 Montañismo con mochila a la espalda | 41 <i>Rugby</i> |
| 04 Bádminton | 42 Buceo recreativo |
| 05 Básquetbol | 43 Montar en patineta (<i>skateboarding</i>) |
| 06 Ejercicio en bicicleta fija | 44 Patinar: en hielo o sobre ruedas |
| 07 Andar en bicicleta | 45 Deslizamiento en trineo, tobogán |
| 08 Navegación (en canoa, remo, kayak, en barco de vela para paseos o para acampar) | 46 Bucear con tubo (<i>snorkel</i>) |
| 09 Boliche | 47 Remover la nieve (con máquina sopladora) |
| 10 Boxeo | 48 Remover con pala manualmente |
| 11 Calistenia | 49 Esquiar en la nieve |
| 12 Canotaje/remo en competencia | 50 Caminar con raquetas de nieve |
| 13 Carpintería | 51 Fútbol |
| 14 Baile: ballet, baile de salón, danza latina, hip hop, zumba, etc. | 52 <i>Softball</i> //béisbol |
| 15 Ejercicio con máquina elíptica/EFX | 53 <i>Squash</i> |
| 16 Pesca desde bancos de los ríos o en embarcación | 54 Subir escaleras/Stair master |
| 17 <i>Frisbee</i> | 55 Pesca en arroyos con botas de pescador |
| 18 Jardinería (remover la tierra, desyerbar, cavar, rellenar) | 56 Surfear |
| 19 Golf (con carro motorizado) | 57 Nadar |
| 20 Golf (sin carro motorizado) | 58 Natación |
| 21 Balonmano | 59 Tenis de mesa |
| 22 Montañismo; excursionismo | 60 Taichí |
| 23 Hockey | 61 Tenis |
| 24 Equitación | 62 Fútbol americano |
| 25 Caza de animales grandes: venados, alces | 63 Vóleibol |
| 26 Caza de animales pequeños: codornices | 64 Caminar |
| 27 Patinaje en línea | 66 Esquí acuático |
| 28 Trotar | 67 Levantamiento de pesas |
| 29 <i>Lacrosse</i> | 68 Lucha libre |
| 30 Escalar montañas | 69 Yoga |
| 31 Cortar el césped con máquina | 71 Cuidado de niños |
| 32 Tenis de playa (<i>paddleball</i>) | 72 Trabajo de granja (cuidado del ganado, almacenamiento de heno, etc.) |
| 33 Pintar la casa o colocar papel tapiz | 73 Actividades del hogar (aspirar, limpiar el polvo, reparaciones de la casa, etc.) |
| 34 Pilates | 74 Karate/Artes marciales |
| 35 Ráquetbol | 75 Ciclismo con la parte superior del cuerpo (deportes en silla de ruedas, ergómetro) |
| 36 Rastrillar el césped/podar arbustos | 76 Trabajo en el jardín (cortar, juntar madera, podar, etc.) |
| 37 Correr | 98 Otra_____ |
| 38 Escalar rocas | 99 SE NIEGA A CONTESTAR |
-